

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
GRUPO DE PESQUISA: COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
CUIDADO DE ALTA COMPLEXIDADE

SORAIA DO SOCORRO FURTADO BASTOS

**IDENTIFICAÇÃO DE MARCADORES DA EMOÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR
EM ENFERMAGEM HOSPITALAR**

Rio de Janeiro
2015

SORAIA DO SOCORRO FURTADO BASTOS

**IDENTIFICAÇÃO DE MARCADORES DA EMOÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR
EM ENFERMAGEM HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção ao título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Silvia Teresa Carvalho de Araújo

Rio de Janeiro
2015

Autorizo reprodução e divulgação deste trabalho, seja parcial ou na íntegra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino e pesquisa, desde que citada fonte do documento.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bastos, Soraia do Socorro Furtado

Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem hospitalar/Soraia do Socorro Furtado Bastos – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.

124p.

Orientadora: Silvia Teresa Carvalho de Araújo

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – EEAN/UFRJ/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Referências bibliográficas: f. 108 - 116.

1. Emoções 2. Marcadores emocionais 3. Registro de enfermagem 4. Cuidado de enfermagem 5. Unidades de terapia intensiva 6. Enfermagem I. Araújo, Silvia Teresa Carvalho de (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

Soraia do Socorro Furtado Bastos

**Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem
hospitalar**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery para fins de defesa final

Aprovada em: 12/06/2015

Banca Examinadora:

Presidente: Prof^a Dr^a Silvia Teresa Carvalho de Araujo
Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

1^a examinador: Prof^o Dr. Éneas Rangel Teixeira
Escola de Enfermagem Aurora Afonso da Costa/ UFF

2^o examinador: Prof^a Dra. Marta Sauthier
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

1^o Suplente: Prof^a Dr^a Nebia Maria Almeida de Figueiredo
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ UNIRIO

2^o Suplente: Prof^a Dr. Milton Cesar Compagnom
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por me permitir chegar ao fim desta jornada e que com sua proteção, me guiou, dando-me forças para perseverar e acreditar no meu potencial.

Ao marido e filho, que compreenderam minhas ausências e me incentivaram em todo instante na busca pelo sonho do crescimento acadêmico e que, sem eles, não seria possível.

Aos meus familiares, minha avó, mãe, tios, tias e primos, que mesmo de longe sempre estiveram presentes na minha vida, torcendo pelo meu sucesso pessoal e profissional.

Aos familiares de meu esposo, em especial meus sogros, que me incentivaram nos momentos que mais precisei.

À Professora Silvia, pelo carinho e pela disponibilidade, por sua dedicação à escuta sensível durante as orientações da pesquisa, mesmo antes da sua concepção.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa CEHCAC, amigos que adquiri nesta etapa da vida, que se dispõem ouvir, incentivar, criticar e, com tudo, me ajudaram a melhorar minha visão quanto ao mundo acadêmico e científico.

Aos amigos do mestrado e doutorado, que tiveram sua participação especial na minha trajetória, com os quais pude compartilhar saberes e reflexões, que contribuíram ao meu crescimento profissional. Especialmente à Áurea (da UFF), Bruna e Albert dedico toda amizade.

Aos professores da Pós-Graduação, que contribuíram nas disciplinas e permitiram reflexões sobre métodos e técnicas, que foram essenciais auxiliaram nas re-análises da pesquisa.

Aos colaboradores da Pós-Graduação, que me atenderam sempre com carinho e se dispuseram a esclarecer todas as dúvidas ao longo do Curso.

À banca examinadora, que se dispôs a contribuir com seu expertise em pesquisa e me ajudou a construir o conhecimento até então empírico, tornando-o relevante à prática e ao ensino.

Aos amigos de trabalho, especialmente enfermeira Márcia e minha equipe técnica de plantão, à gerente de enfermagem Ivonete, supervisoras Daniela e Natacha e enfermeira rotina Mirian, que incentivaram ao meu crescimento acadêmico e profissional, que compartilharam das etapas conquistadas, que contribuíram de alguma forma para a finalização desta pesquisa.

Aos enfermeiros-participantes da pesquisa e colegas de trabalho, por sua contribuição imensa que, sem ela, o produto final não teria sido concebido.

À grande amiga e companheira Zenilda, que tem feito o papel de mãe em toda minha trajetória de vida pessoal, acadêmica e profissional, com seu incentivo, carinho, zelo e dedicação, por sua compreensão das minhas ausências.

**“Não é a razão o que nos leva à ação, mas a emoção”
(Humberto Maturana)**

RESUMO

BASTOS, Soraia do Socorro Furtado Bastos. **IDENTIFICAÇÃO DE MARCADORES DA EMOÇÃO NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM HOSPITALAR**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

Estudou-se a emoção do paciente como marcador de alerta no cuidado prestado por enfermeiros em unidades de alta complexidade. Os objetivos foram: Levantar as emoções nos registros dos enfermeiros, durante a avaliação inicial dos pacientes internados em unidades de alta complexidade; Caracterizar os marcadores das emoções do paciente, nas etapas de avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros; Discutir a importância dos marcadores emocionais no processo de cuidar de pacientes de alta complexidade, no cenário hospitalar. Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com enfermeiros assistenciais de unidades de alta complexidade de um hospital privado no município do Rio de Janeiro, utilizando-se tanto registros, quanto entrevista semiestruturada, para busca de marcadores da emoção nos cuidados prestados pelos enfermeiros. A análise de conteúdo segundo Bardin (2011) permitiu formar a categoria: As emoções dos pacientes em registros e ações de cuidar: rastreando marcadores da emoção na assistência de enfermagem, subdividida em quatro subcategorias: Emoção como indicador: demarcando a avaliação no registro do enfermeiro; Emoções nas ações de cuidar: marcadores adotados por enfermeiros; Emoções na assistência de enfermagem: demarcando respostas de cuidados; Cuidados com as emoções pelos enfermeiros. Os resultados demonstraram que a emoção do paciente não foi encontrada nos registros dos enfermeiros na Unidade Coronariana, embora quando abordado junto aos enfermeiros sobre a temática, foi descoberto que eles realizam a avaliação emocional, apesar de não registrá-la. Mas, entenderam como importante esta avaliação na sua prática diária e nos registros para realização de uma assistência individualizada, vigilante e de qualidade aos pacientes das unidades de alta complexidade, principalmente as terapias intensivas. Os momentos que marcaram as emoções aqueles que os enfermeiros avaliaram os pacientes durante seus cuidados, tomando-se como base as etapas do processo de enfermagem. Alguns marcadores que revelaram emoções dos pacientes durante os cuidados foram: o medo e o interesse na comunicação, durante a coleta de dados de enfermagem; a ansiedade e o nervosismo, na realização do exame físico; a impotência, ansiedade, tristeza e depressão, relacionadas com os diagnósticos de enfermagem; a ansiedade e a atenção, prioritárias na realização da prescrição de enfermagem e; o registro, a queixa, a ansiedade, depressão,

tristeza, na avaliação/evolução de enfermagem. Inferiu-se com melhorias quanto aos registros de enfermagem e estratégias para os cuidados com as emoções, a partir das reflexões dos enfermeiros.

Descritores: Emoções; Enfermagem; Registro de enfermagem; Processos de enfermagem; Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

BASTOS, Soraia do Socorro Furtado Bastos. IDENTIFICATING EMOTIONS' MARKERS IN THE HOSPITAL NURSING CARE. Rio de Janeiro, 2015. Dissertation (Master's in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2015.

This study has investigated the emotion of the patient how an alert marker on the care for nurses in special care units. The goals were: Raise the emotions in nursing registers during initial evaluation of hospitalized patients in special care units; Describe markers of emotions patient's in steps of evaluation in the nursing care; discuss the importance of the markers the emotions in the care process of the high-complex patients on hospitalar settings. Qualitative, descriptive and exploratory research performed with assistances nurses of the special care units in a private hospital on Rio de Janeiro's city, using as registers as semi-structured interview, for search for measures and markers of emotion in the care given for nurses. Content analysis was based on Bardin (2011) permitted the category: The emotions of the patients in registers and nursing care: tracking measures and markers during nursing care, subdivided in four categories: Emotion how indicator: determining evaluation in nursing register; Emotion in nursing care: measures and markers adopted for nurses; Emotions in nursing care: determining care responses; Caring with the emotions for nurses. Emotion of the patient wasn't found in nursing register on coronary unit, even though when discussed together on the issue, it was discovered that they perform emotional evaluation, although not to register it. But, they understood how important this evaluation in daily practice and in registers to realize an individual, attentive and quality assistance to patients on the intensive care unit. Markers of emotions were the moments that nurses evaluated patients during care nursing, taking as a base the steps of the nursing process. Any markers that revealed emotions during care was: fear and an interest in interaction, during nursing interview; anxiety and nervousness during physical examination; impotence, anxiety, sadness and depression associated with nursing diagnosis; anxiety and attention, priority during nursing prescription and; register, grievance, anxiety, depression, sadness in nursing evaluation. It was concluded with improvements in the nursing register and strategies for caring with emotions, based on the reflection of nurses.

Descriptors: Emotions; Nursing; Nursing records; Nursing process; intensive care units.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 01: Idade e gênero dos pacientes internados na UCO ----- | 48 |
| Tabela 02: Diagnósticos de admissão dos pacientes internados na UCO ----- | 49 |
| Tabela 03: Comorbidades dos pacientes internados na UCO ----- | 52 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 01: Apresentação das categorias e subcategorias ----- | 46 |
| Quadro 02: Marcadores da emoção na coleta de dados de enfermagem ----- | 59 |
| Quadro 03: Marcadores da emoção no exame físico ----- | 65 |
| Quadro 04: Marcadores da emoção no diagnóstico de enfermagem ----- | 71 |
| Quadro 05: Marcadores da emoção na prescrição de enfermagem ----- | 75 |
| Quadro 06: Marcadores da emoção na evolução de enfermagem ----- | 79 |
| Quadro 07: Temas/elementos das respostas de cuidados ----- | 82 |

SUMÁRIO

Capítulo I - Considerações iniciais

| | |
|--|----|
| 1.1 Contextualização do tema ----- | 14 |
| 1.2 O problema de pesquisa ----- | 17 |
| 1.3 Objeto de estudo ----- | 19 |
| 1.4 Objetivos do estudo ----- | 19 |
| 1.5 Justificativa e relevância do estudo ----- | 20 |
| 1.6 Contribuições do estudo ----- | 22 |

Capítulo II - Fundamentação teórica

| | |
|--|----|
| 2.1 Bases históricas e filosóficas da emoção ----- | 25 |
| 2.2 Bases fisiológicas da emoção ----- | 29 |
| 2.3 Definições da emoção e sentimento ----- | 30 |
| 2.4 Bases para pensar o cuidado com as emoções ----- | 32 |

Capítulo III - Trajetória metodológica

| | |
|-----------------------------------|----|
| 3.1 Tipo de estudo ----- | 37 |
| 3.2 Cenários do estudo ----- | 37 |
| 3.3 Participantes do estudo ----- | 38 |
| 3.4 Aspectos éticos ----- | 40 |
| 3.5 Instrumento de pesquisa ----- | 40 |
| 3.6 Produção dos dados ----- | 42 |
| 3.7 Análise dos Dados ----- | 44 |

Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

| | |
|--|----|
| 4. EMOÇÕES DOS PACIENTES EM REGISTROS E AÇÕES DE CUIDAR: RASTREANDO MARCADORES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ----- | 47 |
| 4.1 Caracterização clínica dos pacientes internados na unidade coronariana ----- | 48 |

| | |
|--|----|
| 4.2 Emoções como indicador: demarcando a avaliação no registro do enfermeiro ----- | 53 |
| 4.3. Emoções nas ações de cuidar: marcadores adotados pelos enfermeiros ----- | 55 |
| 4.3.1 Marcadores da emoção na coleta de dados de enfermagem ----- | 57 |
| 4.3.2 Marcadores da emoção no exame físico ----- | 63 |
| 4.3.3 Marcadores da emoção no diagnóstico de enfermagem ----- | 70 |
| 4.3.4 Marcadores da emoção na prescrição de enfermagem ----- | 74 |
| 4.3.5 Marcadores da emoção na evolução de enfermagem ----- | 77 |
| 4.4. Emoções na assistência de enfermagem: demarcando respostas de cuidados ----- | 82 |
| 4.5 Cuidados com as emoções na assistência de enfermagem ----- | 90 |
| 4.5.1 Melhorias quanto aos registros de enfermagem ----- | 90 |
| 4.5.2 Estratégias para os cuidados com as emoções ----- | 94 |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA

ANEXO B – Carta de Anuência do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição

Capítulo I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. 1. Contextualização do tema

As emoções em saúde têm sido estudadas amplamente por profissionais de diversas áreas (neurociências, psicologia, psiquiatria), fato este que tem tornado a temática de suma importância para novas abordagens e diálogos com outros profissionais de saúde como os enfermeiros, por exemplo, que estão permanentemente próximos dos pacientes atendidos nos diferentes cenários de saúde.

Na literatura, são conhecidas inúmeras teorias e concepções sobre as emoções, as quais algumas descritas por Willians James, em “What is na emotions” (1884), Jean Paul Sartre, em “Esboço para uma teoria das emoções” (1939) e Antonio Damásio, em “O erro de Descartes” (1996). Entretanto, não foi encontrado um consenso definitivo acerca das emoções no que tange à sua definição epistemológica, nem tampouco quanto à sua significação no contexto de saúde.

O estudo de Willians James, publicado em 1884, concluiu que as emoções surgiram a partir da *percepção* de um determinado estímulo gerado por alterações em seus mecanismos biológicos, causando efeitos no corpo os quais deram origem às expressões corporais (FERRETTI, 2013; NASCIMENTO, 2013).

Contrariando às concepções de James, o filósofo francês Jean Paul Sartre, em sua obra *Esboço para uma teoria das emoções* (1939), demonstrou através de uma abordagem fenomenológica influenciada pelos pensamentos de Heidegger e Husserl, que as emoções eram compreendidas através da sua realidade humana gerada pela própria consciência (FERRETTI, 2013).

Sartre definiu que, a partir da *significação*, o homem poderia compreender o seu comportamento emocional diante da sua relação no mundo, quando diz que:

“uma emoção remete ao que ela significa. E o que ela significa é, de fato, a totalidade das relações da realidade humana com o mundo” (SARTRE, 1939, p.93).

Já Antonio Damásio têm se dedicado aos estudos do mecanismo neurobiológico, conduzindo pesquisas científicas que revelaram as bases neurológicas das emoções e vêm

demonstrando a influência das emoções nos processos de tomadas de decisão, além de evidenciar o papel das emoções e sentimentos na consciência humana. Quando iniciou os estudos sobre as emoções em seu livro “O erro de Descartes” (1996), Damásio defendeu a tese da integração dos estudos neurobiológicos com a abordagem psicológica, relacionando a mente (os processos cerebrais) e o corpo (estados corporais).

Até os dias atuais, a teoria de James ainda é bem aceita. No entanto quando ele destaca em sua tese de que o sentimento seria a emoção, ele rejeita a emoção como uma disposição mental que causa mudanças no corpo compostas por sentimentos e contrapõe as teorias de Antonio Damásio. (DAMASIO, 2011).

Recentemente, uma pesquisa realizada por cientistas finlandeses da Universidade de Aalto descreveu o “mapa corporal das emoções”, que evidenciou o lugar do corpo no qual as emoções humanas se manifestam. Aplicado em cinco fases, por meio de topografia magnética, confirmou mais uma vez que as emoções humanas são universais e ativam sensações corporais, as quais estão relacionadas aos órgãos vitais, entre as mais observadas, o amor e a alegria. O estudo comprovou o que já se tinha de conhecimento nos estudos de Charles Darwin, em 1872, sobre as emoções universais, mas mostrou que estas emoções independem do ambiente e do aspecto cultural que o indivíduo vive. (NUMMENMAA et al, 2014). Esta pesquisa demonstrou que é possível mapear as emoções e seus efeitos no corpo, com possibilidades de novas tendências metodológicas, de acordo com a realidade pelo paciente e o ambiente envolvido no cuidado.

A existência de teorias sobre a origem das emoções humanas têm nos auxiliado para refletir e identificar as emoções que emergem nos pacientes assistidos durante o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem, em relação aos seus mecanismos de enfrentamento da doença e das relações estabelecidas na atenção à sua saúde.

É válido repensar acerca da prática assistencial, quando estabelecemos uma relação de confiança com o outro, de parceria nos cuidados, de afetividade e de segurança no ato de cuidar. Vale ressaltar que as emoções permeiam todos os nossos sentidos corporais e perpassam, inclusive, pelo processo saúde-doença. Por isso, pacientes internados em unidades de alta complexidade devem ser respeitados todas as formas de comunicação verbal ou não verbal expressas no corpo e que revelam necessidades de serem atendidas no cuidado de enfermagem.

Isso demonstra que é necessário valorizar a emoção do paciente em situações reveladas por ele, como sendo de perigo e medo, seja relacionada à internação ou a qualquer

anormalidade, clínica ou cirúrgica, no ambiente hospitalar. Essa experiência pode ativar mecanismos de fuga, gerados diante de condições que precedem e se prolongam, por vezes, ao quadro de agravo clínico e que afeta diretamente a saúde e compromete a segurança emocional desse indivíduo.

Estudo realizado no Instituto de Neurociência e Psicologia da Universidade de Glasgow, na Escócia, publicado no *Current Biology* (2014), afirmou a existência de quatro tipos de emoção baseadas em expressões faciais e levou em consideração que raiva e nojo, medo e surpresa, correspondiam às mesmas expressões faciais (JACK, GARROD e SCHYNS, 2014). Estas emoções constam como uma forma de se conhecer os diversos tipos de emoções conhecidos até os dias atuais e que contribuem, de alguma forma, no registro das emoções, segundo identificação das necessidades dos pacientes no ambiente de cuidado hospitalar. De fato, as expressões faciais refletem emoções e podem nos auxiliar a prestar um cuidado direcionado às necessidades emocionais dos pacientes nas unidades hospitalares.

Quando estamos envolvidos no cuidado prestado aos pacientes, devemos perceber as manifestações corporais durante a internação. Observar suas emoções expressadas na comunicação facial, verbal e não verbal pode auxiliar quando as informações sobre elas são compartilhadas e consideradas nas intervenções da equipe de saúde.

Em 2011, surgiu a linha de investigação intitulada “Emoções em saúde”, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo como pioneira a enfermeira Pam Smith nos estudos do trabalho emocional em enfermagem. Atualmente, coordenada pela enfermeira e professora Paula Diogo, vem se ampliando a produção do conhecimento sobre o trabalho emocional nos cenários de saúde (DIOGO, 2012).

Acreditamos que seja um caminho para novas perspectivas de objetos de investigação revelados na prática assistencial, pautados nas expressões corporais e na identificação das necessidades emocionais nos diferentes cenários de cuidado. Vale destacar que a temática encontra-se ampliada na formação acadêmica, bem como na sensibilização de novos profissionais, visando melhor cuidado aos aspectos subjetivos dos pacientes.

Foi pensando acerca das emoções no contexto hospitalar que emergiu o interesse desta pesquisa nos cenários de cuidados de alta complexidade. Nestes ambientes, é percebido uma imersão de significações escondidas em gestos e interações corporais entre os integrantes do cuidado. Entretanto, ainda causa estranhamento nos enfermeiros e em sua equipe quando relacionamos a qualidade da assistência prestada com aspectos da emoção dos pacientes como item a ser valorizado em observações, registros e intervenções.

1.2. O problema de pesquisa

No ambiente de cuidado da Unidade Coronariana no qual sempre estive inserida desde a formação, tenho observado eventos emocionais nas suas diversidades, ou seja, nas relações interpessoais entre equipe de trabalho, enfermeiro e paciente, nas relações gerenciais, situações que me fizeram reanalisar a prática assistencial com ênfase na avaliação do estado emocional dos pacientes, nas interações durante o cuidado, na assistência de enfermagem fornecida à esses pacientes, os quais estimam sua melhora o mais rápido e que nem sempre é possível por várias situações relacionadas ao seu estado de saúde.

Ao prestar cuidados em Unidade de terapia intensiva e Cardiológica durante toda minha trajetória profissional, em que pacientes clínicos e/ou cirúrgicos internam almejando a recuperação de sua saúde, constatei através da autopercepção que os pacientes expressavam suas emoções a todo instante, mas a equipe que o assistia não podia perceber ou percebia, porém não sabiam ou não queriam lidar com determinada situação emocional e transferiam sua responsabilidade de manejá-la para outros profissionais.

Para Florence Nightingale (1989, p. 161), em “Notas sobre enfermagem”, salienta que a enfermeira deve ser observadora das necessidades do paciente e capaz de perceber mudanças no estado do paciente, sem que o mesmo o diga verbalmente. Ou seja, nos primórdios da enfermagem, já se percebia a importância de se avaliar o paciente nas suas necessidades psicossociais e afetivas, ressaltando o papel do enfermeiro nesse contexto, inclusive pontuando uma questão de sensibilidade tal qual se destaca necessária a capacidade de observação.

Ao refletir sobre o principal objeto deste estudo, as emoções, resalto que para os profissionais de enfermagem não atender às necessidades emocionais dos pacientes decorre de alguns fatores predisponentes: ou porque não as identifica; ou pelo fato de não possuir embasamento científico para lidar com o evento das emoções; identifica e não supre as necessidades emocionais por ser desgastante; por não se perceber capacitado para atendê-las ou; se realmente a equipe de saúde e o enfermeiro em especial, não percebe nem identifica a emoção e, com isso, fica impossível atender as necessidades a ela relacionadas.

Sendo o enfermeiro o profissional responsável pela sua equipe no seu ambiente de cuidado, ele precisa estar vigilante às necessidades dos pacientes que se encontram fragilizado pela doença e dessa avaliação depende o planejamento do cuidado.

Conforme as perspectivas estabelecidas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro é o profissional responsável pela implementação do

processo de enfermagem, de maneira individualizada, pautada nas ações dos cuidados prestados e norteada por uma metodologia que organize a sua assistência (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem nas unidades de alta complexidade dos cenários hospitalares tem contribuído para que o enfermeiro na qualidade de intercessor de cuidado possa orientar sua equipe, quanto à identificação das necessidades emocionais dos pacientes sob seus cuidados, de forma que eventos indesejáveis aconteçam durante assistência prestada.

As unidades de saúde buscam a SAE como forma de organizar o seu trabalho e manter uma padronização dos cuidados de enfermagem em todas as dimensões: de baixa, média e alta complexidade. Ressalta-se que, as melhorias na qualidade de assistência de enfermagem dependem das tecnologias que envolvem o cuidado, inclusive atendendo aos protocolos institucionais que os permeiam. Entretanto, é necessário dar atenção ao ser humano, digna de receber um cuidado individualizado e de qualidade, com base nas necessidades de saúde, a fim de estabelecer sua recuperação.

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Isso nos remete, portanto, a necessidade de se buscar novas formas de cuidar da saúde, quando se trata de pessoas acometidas e fragilizadas por uma doença e, nesse sentido, as necessidades emocionais não podem ser veladas.

Diante dessa perspectiva, o enfermeiro carece de ter atenção à saúde vital do paciente, para que seu enfrentamento seja passível de mudança do comportamento compreendido pelo profissional durante o processo de internação.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) elaborou o Manual Internacional de Acreditação Hospitalar, em 2011, que aponta a “avaliação do paciente” como um dos critérios com ênfase no paciente (JCI, 2014). Esta avaliação permite que o profissional analise o estado de saúde, com base nos aspectos biopsicossociais e econômicos para promover a elaboração de um plano de cuidados individualizado e, dá destaque ao enfermeiro como primeiro profissional a avaliar o paciente nesse contexto, o que se encontra de acordo com as normativas estabelecidas pela SAE.

Uma avaliação minuciosa por parte do enfermeiro, na qual se inclua o estado emocional do paciente se faz necessária, para compreender fatores desencadeadores de emoção, que podem influenciar nas respostas relativas à doença e ao seu tratamento durante a internação. Esta avaliação relaciona-se ao processo de *coleta de dados de enfermagem*, ou

histórico de enfermagem e está inserida na primeira etapa do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Ao ser admitido em um cenário de saúde, o enfermeiro habilitado realiza a avaliação emocional do paciente. Para tanto, este enfermeiro precisa estar capacitado à identificar as necessidades psicoemocionais, na busca por soluções que atendam às necessidades identificadas, atendendo à segunda etapa da SAE descrita como *diagnóstico de enfermagem*, permitindo tomada de decisão dos cuidados estabelecidos junto à equipe multiprofissional, para seguir à próxima etapa, que é o *planejamento de enfermagem*, que determinam as intervenções diante das necessidades dos pacientes, para que enfim possam ser avaliadas as respostas de cuidados, com vistas à sua recuperação, que consiste na *avaliação de enfermagem*, última etapa do processo de enfermagem.

A avaliação emocional deve estar inserida em todas as etapas de assistência de enfermagem, pautada em teorias de enfermagem, que direcionem o planejamento de cuidado individualizado, que garanta vínculo e que proporcione tranquilidade necessária durante a hospitalização. As condutas da equipe multiprofissional precisam considerar os aspectos emocionais dos pacientes, para que as intervenções tornem-se pouco traumáticas na recuperação do seu estado de saúde.

As emoções dos pacientes precisam estar inseridas em todas as ações de enfermagem e merecem discussão por todos os envolvidos no cuidado. Foi nessa premissa que traçamos as seguintes **questões norteadoras**:

- Quais os marcadores de emoções no registro e no cuidado de enfermagem?
- Como as emoções podem se inserir no contexto de avaliação e registro do cuidado de enfermagem?

1.3. Objeto de estudo

O objeto deste estudo foi “a emoção como marcador de alerta no cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado em unidades de alta complexidade”.

1.4. Objetivos do estudo

Foram delimitados os seguintes objetivos:

- Levantar as emoções nos registros dos enfermeiros, durante a avaliação inicial dos pacientes internados em unidades de alta complexidade;

- Caracterizar os marcadores das emoções do paciente, nas etapas de avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros;
- Discutir a importância dos marcadores emocionais no processo de cuidar de pacientes de alta complexidade, no cenário hospitalar.

1.5. Justificativa e Relevância do estudo

O estudo sobre a avaliação do registro das emoções, como item importante da avaliação do cuidado prestado pelos enfermeiros nas unidades de alta complexidade, foi necessário para se diagnosticar como se dimensiona no planejamento da assistência as concepções destes profissionais sobre emoção no cuidado dos pacientes hospitalizados. Identificá-lo reflete o conhecimento técnico-científico e o valor atribuído ou não, por eles, relativo aos aspectos subjetivos que exige zelo, atenção e proximidade.

Estudos científicos, encontrados com ênfase no estado emocional dos pacientes internados em cenários hospitalares de alta complexidade, são escassos, principalmente na população adulta e idosa. A busca de literaturas permite discussões sobre o assunto. A pesquisa amplia a difusão de saberes de enfermagem e reduz a lacuna do conhecimento, colocando em relevo a emoção como marcador de alerta para o cuidado de enfermagem junto a esses pacientes.

Ao realizar consulta do descritor “emoções” na base de dados da BIREME, indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), surgiu “sentimentos” como sinônimo e isso pode se traduzir em uma tendência que limita a busca, porque nas abordagens das pesquisas encontradas, que possam se traduzir em diferentes significações no seu aspecto conceitual. Nesta base de dados da BVS, as emoções são definidas como “aqueles estados afetivos que podem ser experimentados e que têm a propriedade de excitar e motivar o indivíduo (DeCS, 2014)

Quando tratamos das emoções no cuidado de enfermagem, nos tornamos capazes de motivar o paciente a recuperar sua saúde por meio do afeto, da atitude de carinho e atenção, do cuidado em escutar o outro e estar disponível para esta relação afetiva, independente do ambiente que esta pessoa se encontra. Em outros, por não considerá-las o cuidado pode não desencadear os mesmos efeitos e reações.

Em busca realizada na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), no mês de novembro de 2014, foram listados 71 artigos publicados, utilizando os descritores “emoções” e “enfermagem”, utilizando-se o operador booleano “and”. As evidências demonstraram estudos nas áreas de educação e ensino de enfermagem, comunicação em

enfermagem, saúde da mulher, saúde do trabalhador, pediatria, oncologia e no processo de morte e morrer.

O objeto de estudo teve aproximação com a pesquisa de Pereira et al (2013), que trata das *competências emocionais no processo de ensino-aprendizagem em enfermagem sob perspectiva das neurociências*, com ênfase no processo de gestão das emoções nas relações de ensinar e aprender, o que corrobora fundamentalmente nas relações da assistência de enfermagem. O artigo sobre *o trabalho emocional na práxis de enfermagem*, de Vilelas e Diogo (2014) discorre uma reflexão sobre novas tendências em pesquisa relacionadas ao objeto deste estudo, as emoções no contexto do cuidado de enfermagem destacando, portanto, sua grande relevância.

Na busca de artigos em Cardiologia na SciELO, foram encontrados 03 estudos: Dantas, Stuchi e Rossi (2002) discorrem sobre a alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana; Castro e Scatena (2004) abordam sobre a manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso e; Vargas, Maia e Dantas (2006) relatam os sentimentos de pacientes durante o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Destacamos neste levantamento uma carência de pesquisas de enfermagem em cardiologia indexadas nesta base de dados, o que remete sua importante atualização em bases científicas.

Diante do exposto, há necessidade de resgatar a compreensão sobre as experiências individuais dos pacientes em reconhecer suas emoções que perpassam durante a internação, nos cuidados de enfermagem realizados no contexto de alta complexidade das terapias intensivas e unidades coronarianas.

O objeto deste estudo coloca em relevo as emoções como alerta importante para o cuidado de enfermagem hospitalar, indicando subsídios nas interações humanas, inclusive sob as dimensões afetiva e singular e não somente atreladas às habilidades técnicas.

Justifica-se à medida que o enfermeiro, enquanto líder de equipe precisa motivá-los, assim como aos demais profissionais que estão inseridos no contexto dos cuidados, a promover bem estar e recuperação da saúde, mesmo em situações de instabilidade clínica, para evitar desajustes adicionais no aspecto psicológico e emocional do paciente durante a internação.

Para melhor justificar e compreender o objeto desta pesquisa foi realizado a avaliação nos registros de admissão médica e de enfermagem, para identificação das emoções dos pacientes internados, utilizando como instrumento o histórico de enfermagem, realizado por enfermeiros com 62 pacientes internados, no mês de maio de 2014, em uma unidade de alta complexidade, a Unidade Coronariana. O propósito era identificar se o registro do enfermeiro

contempla ou não a emoção do paciente, se está ou não valorizado nos registros que compõem o processo de enfermagem estabelecido pela Instituição.

Os resultados mostraram que não houve registro sobre a emoção do paciente em nenhum espaço do histórico de enfermagem. Posteriormente, a investigação exploratória do objeto com os enfermeiros nos permitiu compreender acerca das emoções na avaliação e no cuidado dos pacientes internados em suas unidades.

O estudo foi relevante ainda pelo fato de discutir questões inerentes à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem nos cenários hospitalares, principalmente nas unidades de alta complexidade, nas quais os enfermeiros lidam com o ser humano doente, inúmeros desafios para promover a recuperação e inclusive com a morte iminente, o que altera consideravelmente o estado emocional do paciente.

Sua relevância se fez no aprimoramento do registro de enfermagem, no que tange às reflexões acerca do valor da emoção na prática assistencial e na aplicabilidade da avaliação emocional do paciente desde a internação até o preparo para sua alta hospitalar. A vigilância permanente do estado emocional e psicoafetivo favorecem intervenções imediatas pela equipe multiprofissional e maior controle do humor e do comportamento diante do processo saúde-doença.

É importante ressaltar aos enfermeiros das terapias intensivas e cardiológicas de que o paciente, enquanto coparticipante dos cuidados, devem ser observados sob um olhar ampliado, com base em princípios científicos, para que intervenções adequadas sejam implementadas para melhor assistência à sua saúde emocional.

1.6. Contribuições do estudo

O estudo das emoções no contexto da alta complexidade permitiu que o enfermeiro refletisse aspectos relevantes da sua assistência, que ainda não está contemplada no seu registro. A comunicação efetiva do cuidado e do atendimento às necessidades humanas básicas pode ser mais bem enfatizada no processo de enfermagem, na avaliação e para colocar em foco a emoção do paciente.

Este estudo colaborou para propor uma nova abordagem sobre as emoções no cuidado de enfermagem hospitalar, a fim de fornecer subsídios para a prática assistencial, principalmente na compreensão do paciente como pessoa por sua unidade emocional. Destaque às manifestações clínicas que se relacionam com as emoções e vice-versa, que até então não tinham sido evidenciadas nos registros dos enfermeiros.

A produção do conhecimento sobre as emoções no cuidado hospitalar proporciona discussões que podem ser ampliadas por novas indagações nas unidades de terapia intensiva e coronariana, pela interseção do objeto e por beneficiar o reconhecimento da emoção do paciente como elemento essencial para melhoria do cuidado de enfermagem prestado.

Esta pesquisa buscou contribuir para a evolução do conhecimento acerca das emoções nas áreas da enfermagem, em especial nos cenários de alta complexidade como a terapia intensiva e cardiologia, sem limitações de espaços para novas discussões em todos os níveis de atenção à saúde, caracterizando assim a transferência desse conhecimento aos demais setores de saúde.

As contribuições fortaleceram a linha de pesquisa no Grupo de Pesquisa “Comunicação em Enfermagem Hospitalar Clientes de Alta Complexidade” (CEHCAC), do Núcleo de Pesquisa Enfermagem Hospitalar (NUPENH), inserido no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC), da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), nas áreas de Terapia Intensiva e de Cardiologia.

As emoções tornaram-se um ponto de interesse por parte dos enfermeiros no que diz respeito ao seu registro de enfermagem bem como aos aspectos semiotécnicos na avaliação do estado emocional do paciente nas unidades onde o estudo foi realizado, o que confere maior comprometimento com o cuidar sensível e o perceber o outro, durante a sua assistência.

As emoções evidenciadas nos registros dos enfermeiros permitiram compreender uma nova maneira de observar as necessidades psicossociais e biológicas, além de promover junto aos sujeitos pesquisados, que no momento da internação do paciente assim como na avaliação diária, tanto no ponto de vista clínico como psicoafetivo.

Para atender o paciente em todas as suas dimensões na assistência exige do enfermeiro uma prescrição e um cuidado mais individualizado, baseado no diagnóstico de enfermagem a partir das necessidades apresentadas, efetivando assim uma metodologia sistematizada.

Pensar na aplicabilidade da avaliação emocional do paciente na prática assistencial do enfermeiro, tanto na anamnese como no exame físico, bem como na evolução diária de enfermagem, proporcionou análise importante sobre o processo assistencial nas unidades pesquisadas e pode subsidiar outros profissionais de enfermagem no cenário da unidade de terapia intensiva e coronariana.

O estudo das emoções foi favorável às mudanças de comportamento na perspectiva de reformulação por parte do enfermeiro, relativa à sua avaliação sobre os aspectos emocionais relatados pelo paciente, no que tange o seu registro e o valor dos indícios para intervenções

terapêuticas. O cuidado prestado e o processo de enfermagem, como relatam Arruda e Arruda devem:

“Formar mediadores de emoções para a saúde é comprometer-se com a condição humana, com a compreensão do ser humano, e, sobretudo se empenhar na busca de um ambiente propício ao autoconhecimento, necessário à compreensão do outro e da realidade complexa da saúde”.
(ARRUDA e ARRUDA, 2010)

Os avanços tecnológicos visam auxiliar a prática assistencial e facilitam ações de cunho mecanicista e, muitas vezes, se tornam indispensáveis para o tratamento clínico. Entretanto, não dispensam o cuidado sensível e humano, que requer atenção e zelo, de competência técnica e científica e que garanta qualidade de assistência à saúde.

As pesquisas científicas sobre as emoções no cuidado de enfermagem promovem avanços na área da saúde e na área de enfermagem, na implementação e validação da sistematização da assistência de enfermagem nos diversos campos de atuação, principalmente em unidades de alta complexidade.

Este estudo contribuiu para compreensão acerca dos conceitos das emoções em saúde, enriquece o conhecimento científico e favorece a difusão deste sobre todas as áreas afins, além de fortalecer as pesquisas de enfermagem em nível de excelência.

A partir da elucidação acerca da influência das emoções do paciente no cuidado de enfermagem nas unidades de alta complexidade sugerem-se aplicação de novas metodologias de assistência de enfermagem, estendendo inclusive para a equipe multiprofissional. Isto propõe um novo dimensionamento nas discussões das ações de enfermagem, seja no ensino, na pesquisa ou na prática assistencial.

Capítulo II

Bases Conceituais

2.1 Bases históricas e filosóficas acerca da emoção

As emoções têm sido estudadas na sociologia, na medicina e na psicologia. No entanto, o conceito originou-se na filosofia antes do nascimento de Cristo, através dos estudos de Aristóteles e, no século XVII, com estudos de Descartes e Espinosa (DIOGO, 2012).

A partir destes estudos foram postuladas muitas teorias que buscaram explicar o surgimento das emoções e suas manifestações no organismo e que permitiram entender o fenômeno. Na verdade, filósofos e neurocientistas vêm contribuindo para os estudos das emoções até a atualidade.

A teoria evolutiva de Charles Darwin, descrita em 1872, em seu livro *“A expressão das emoções em homens e animais”* concluiu, através do princípio da universalidade, que as emoções eram inatas e estavam associadas com uma questão de sobrevivência.

Nos estudos de Darwin foram identificadas seis emoções denominadas universais: alegria, tristeza, surpresa, cólera, desgosto e medo. Apontaram para uma interação de relações humanas em caráter de adaptação ao meio em que vive (LOPES, 2011).

Em relação às emoções pautadas nas concepções de Antonio Damásio (2011), inicialmente, descreveu que as emoções seriam um meio natural de avaliar o ambiente que o indivíduo está inserido e este reage de forma adaptativa, corroborando com os princípios de Darwin (LOPES, 2011). Foi demonstrado o medo como uma emoção negativa e a fuga o mecanismo de reação contra a ameaça do medo. No entanto, outros mecanismos de ação poderiam ser ativados, produzindo respostas emocionais distintas e individualizadas, como a calma diante de uma situação estressora.

Damásio propôs a classificação das emoções para que fossem explicadas as diversidades de manifestações corporais a cada estímulo do ambiente, que são bem aceitos por diversos pesquisadores. As emoções então foram denominadas: primárias, secundárias e de fundo (DAMASIO, 2011).

Sob o aspecto da neurobiologia, Damásio defende que:

“... as emoções são ações complexas e automatizadas desencadeadas por um objeto ou fenômeno, um estímulo que, ao ser identificado pelo cérebro, resulta em uma mudança no estado do corpo” (DAMASIO, 2011)

As **emoções primárias** são consideradas “inatas e evolutivas” por Damásio e Darwin, nascem com o indivíduo e naturalmente são expostas diante dos estímulos, demonstrando que o processo é automatizado e não aprendido (DAMÁSIO, 2011, p.159).

Em pediatria, existem inúmeros estudos com ênfase nos sentimentos entre mães e filhos no contexto de hospitalização. Atualmente, necessidades emocionais são compreendidas como tecnologias leves do cuidado, que utilizam de práticas embasadas pela humanização na assistência de enfermagem.

Diante disso, compreendemos quando a criança nasce, cria o vínculo de afetividade com sua mãe, de ternura e carinho, de confiança e amor, expressados na alegria, no sorriso, nas suas expressões faciais. O enfermeiro necessita do uso de habilidades pessoais e interpessoais, associadas ao conhecimento técnico e científico para prestar uma assistência focada no ser humano, de modo que, o paciente mantenha seu controle emocional durante a internação.

No que se refere às unidades de terapia intensiva, que recebem pacientes em situações de fragilidade e sensibilidade, relacionadas ao processo saúde-doença, seja no aspecto clínico ou cirúrgico, as emoções universais se encontram presentes a todo o momento. É necessário que os profissionais de saúde reconheçam as emoções, através da sua percepção, a fim de que sejam atendidas as necessidades emocionais e estejam disponíveis em reduzir os medos, ansios, dúvidas, angústias que emergem do paciente durante a internação.

Outro grupo de classificação de Damásio constitui as **emoções secundárias** denominadas como “emoções sociais”, que resultam em aprendizagem como resposta à emoção primária. São desencadeadas por situações causadas pela sociedade, embora seu mecanismo de ação não se diferencie. São exemplos a compaixão, embaraço, vergonha, culpa, desprezo, ciúme, inveja, orgulho, admiração (DAMÁSIO, 2011, p. 161).

As emoções sociais costumam ser observadas no contexto de internação hospitalar. Nas unidades de terapia intensiva, tendem a se manifestar principalmente nas necessidades básicas dos pacientes referentes à higiene, alimentação, bem como relacionadas ao ambiente de cuidado com o corpo. Pacientes dependentes de cuidados emocionais demonstram emoções sociais, em geral, associadas à vergonha e ao embaraço.

Nesse sentido, o enfermeiro necessita estar atento para identificar situações emocionais relacionadas ao ambiente de cuidado, a fim de se evitar alterações no comportamento, que afetam, de forma negativa, a saúde emocional do paciente.

As **emoções de fundo** são aquelas em que o estímulo pode ser desencadeado mesmo sem ser percebido pelo indivíduo e resultam de situações agradáveis ou desagradáveis, que ao serem decodificadas pelo corpo, geram reflexões e conseqüentemente expressam na forma de entusiasmo ou desânimo. Embora se assemelhe aos estados de humor, suas distinções estão no tempo e na identificação dos estímulos que sofreram para chegar ao estado emocional. (DAMÁSIO, 2011, p.160).

Paul Harris (1996) diferenciou as emoções em simples e complexas, através de estudo sobre o reconhecimento das expressões faciais em crianças a partir de quatro a cinco anos. As emoções primárias ou universais seriam facilmente reconhecidas e as mais complexas necessitariam de ilustrações que demonstrassem as expressões humanas, como vergonha, culpa, orgulho. Ao passar da idade, as crianças passariam a identificar as emoções seriam agradáveis, para Harris, emoções positivas ou desagradáveis, emoções negativas, conforme as expressões pessoais. Ainda poderia haver situações que geram uma mistura de emoções positivas e negativas e considerou-as como mistas. Além de Harris (1996), muitos estudos com crianças no foco nas emoções têm sido ampliados para auxiliar o desenvolvimento intelectual no campo educacional, face aos relacionamentos presentes na sociedade.

Outros estudos sobre emoções emergiram e ajudam a nortear os cuidados de saúde ao ser humano e seu ambiente, para melhor gestão e regulação de seus estados emocionais, conceitos denominados como a inteligência emocional, proposta por Daniel Goleman, desde 1995 e o trabalho emocional na enfermagem iniciado por Pam Smith em 1993 (DIOGO, 2012; VILELAS, 2013). Estes enfoques fortaleceram a compreensão do fenômeno das emoções em diversas áreas de gestão, ensino e assistência e buscam cada vez mais forças de evidências em prol da validação de um constructo.

Damásio descreveu a **hipótese do marcador somático**, publicada em seu livro “Erro de Descartes” em 1996.

O marcador somático funciona como uma “campainha de alarme”, ou seja, quando as sensações corporais (emoções e sentimentos) são experimentadas por um estímulo positivo, gerando sensações corporais agradáveis e; quando ativadas por um estímulo negativo, geram sensações desagradáveis. Estão associadas às emoções de fundo, o entusiasmo e o desânimo.

O mecanismo do marcador somático funciona quando uma pessoa possui uma emoção (estímulo), este marcador aciona o corpo, gerando uma tomada de decisão (emoção que se torna consciente).

Por envolver os sentidos corporais, o fenômeno é denominado como “estado somático”, pois o estado que “marca” uma imagem, refere-se ao “marcador”. O termo “somático” vem do latim *soma* que significa “do corpo”.

Quando um marcador somático negativo é associado a uma determinada experiência futura, a combinação funciona como uma campainha de alerta. O medo ativa o mecanismo da fuga, da repulsa, que constitui a tomada de decisão. Quando é associado a um marcador somático positivo, o resultado é um incentivo. O marcador somático informa o cérebro sobre a tomada de decisão (DAMASIO, 2012).

A amígdala se destaca no papel deste mecanismo, disparando sensações emocionais associadas a indutores primários que tenham sido experimentados. Indutores secundários por estimulação do giro do cíngulo presente no cérebro são aprendidos e associados a uma tomada de decisão (MÁRQUEZ et al, 2013; RENEAU PEURIFOY, 2012).

Nessa perspectiva que focamos a avaliação das emoções dos pacientes durante a internação em unidades de terapias intensivas, em que a emoção é o marcador de alerta, o estímulo, a motivação que acionam ações de cuidados, compreendendo o corpo frágil diante das necessidades emocionais, em que pacientes perdem a autonomia e a privacidade é invadida e compartilhada com a equipe de saúde. As respostas do cuidado funcionaram como recomendações para tomadas de decisões acerca de novas perspectivas de cuidar.

Pressupomos, no estudo, que as emoções dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, sejam elas expressadas ou não, possam ser marcadores que norteiam necessidades de cuidados, através de um olhar ampliado, uma escuta disponível, um toque de afeto, com sensações de bem-estar de uma assistência adequada.

Um **biomarcador** é um evento que se produz em um sistema biológico e se interpreta como indicador do estado de saúde, da expectativa de vida ou risco de doença. É o termo utilizado para se **medir uma interação entre o sistema biológico e um agente (químico, físico ou biológico)**, a qual é avaliada como uma resposta funcional ou fisiológica, que ocorre em nível celular ou molecular e está associada com a possibilidade de adquirir uma doença (ARANGO V, 2012).

Pensamos, então, que interação seria essa? O sistema biológico refere-se ao corpo humano que sente e vive a emoção (**um grupo de órgãos que juntos executam determinada tarefa**, na biologia). Os órgãos dos sentidos, sentidos corporais estes que envolvem a visão, audição, tato, olfato, paladar e captam todas as impressões, reagindo a elas.

Entendemos a complexidade do ser humano e de suas manifestações emocionais e quão se tornam diariamente um desafio para o enfermeiro, principalmente no que concerne ao

apoio para o enfrentamento do paciente em relação à doença em uma unidade de cuidados intensivos.

O estudo das emoções se propôs desvelar o seu funcionamento no organismo e como este se comporta diante das situações emocionais. Alguns autores tiveram críticas sobre inúmeras teorias, no entanto para melhor compreensão do surgimento das emoções, é destacado o entendimento sobre o seu mecanismo cerebral.

2.2 Bases fisiológicas da emoção

Do ponto de vista fisiológico, a emoção pode ser definida como:

“... um estado de excitação neuropsicofisiológico, uma resposta ao organismo, que envolve alterações físicas, fisiológicas e cognitivas frente a um determinado estímulo e gera uma sensação física, uma reação comportamental, resultando na percepção da experiência emocional, através do sentimento, comportamento ou reação física” (KNOBEL, 2010)

As estruturas no cérebro responsáveis pelas emoções estão localizadas no sistema nervoso autônomo (SNA). O sistema nervoso autônomo regula a atividade de órgãos internos, como o coração, os pulmões, vasos sanguíneos, órgãos digestórios e glândulas. É responsável pela manutenção e restauração da homeostase interna. Está dividido em: sistema nervoso simpático, que emite respostas excitatórias de “luta ou fuga” e; sistema nervoso parassimpático, que controla as funções viscerais (BRUNNER, 2011).

O sistema nervoso simpático é mediado por catecolaminas, norepinefrina ou noradrenalina, que possui efeito excitatório. Esta ativação adrenérgica produz as seguintes manifestações: as contrações cardíacas são mais fortes e mais rápidas; as artérias até o coração e os músculos voluntários se dilatam, levando mais sangue a esses órgãos; os vasos sanguíneos periféricos contraem, desviando sangue para os órgãos essenciais; a frequência respiratória aumenta; os bronquíolos se dilatam para facilitar as trocas gasosas; o peristaltismo diminui; os pêlos arrepiam, a pele fica anserina (fria e pegajosa); a transpiração aumenta (sudorese); as pupilas se dilatam; o fígado libera glicose para liberar mais energia; há liberação de adrenalina pela glândula supra-renal.

O sistema nervoso parassimpático é mediado pela acetilcolina, que possui efeito inibitório e regulador das reações simpáticas (KNOBEL, 2010; BRUNNER, 2011).

O cérebro possui um conjunto de estruturas primitivas que compõem o **sistema límbico, responsável pelas emoções e sentimentos**. Quando recebe um estímulo dos

sentidos corporais, envia informações ao tálamo e hipotálamo, que elabora respostas através do sistema endócrino e do sistema nervoso autônomo. Todas as sensações de dor, temperatura e pressão, bem como da memória se reportam ao tálamo (LOPES, 2011; BRUNNER, 2011).

O **hipotálamo** é o principal centro subcortical para a **regulação de atividades viscerais e somáticas, associadas aos estados emocionais**. Possui conexões que ligam o SNA ao tálamo, ao córtex, ao aparelho olfatório e a glândula hipófise. Também desempenha um papel importante no sistema endócrino, no controle do metabolismo, na regulação da temperatura corporal, da pressão arterial, das funções gastrointestinais, no controle das funções genitais, na reprodução e no ciclo do sono-vigília (BRUNNER, 2011).

Ao desencadear uma emoção, o hipotálamo ativa o sistema nervoso simpático, liberando catecolaminas no sangue (como a adrenalina), que promovem constrição das artérias e arteríolas, podendo levar à predisposição de eventos cardíacos como a hipertensão arterial, angina do peito, infarto do miocárdio, aumento da ocorrência de arritmias, alteração de eletrólitos e efeitos protrombóticos (KNOBEL, 2010).

O **hipocampo** é uma estrutura pequena e curva, localizada no centro do cérebro, que desempenha um papel fundamental na **memória**, junto ao córtex frontal. Ele determina a **reação diante de uma “ameaça” (experiência) que emana emoção**, quando o indivíduo realiza a melhor estratégia a ser tomada para garantir sua integridade (KNOBEL, 2010). A memória emocional é utilizada ao se avaliar uma situação ou objeto, permitindo ao organismo reagir de forma adaptativa (ALBUQUERQUE e SILVA, 2009).

A **amígdala** é uma estrutura formada por duas “amêndoas” situada nos lobos temporais anterior ao hipocampo. Ela mantém conexões com o hipotálamo e com o sistema límbico. Ela fortalece a memória emocional, ou seja, quando o corpo percebe o perigo, em um segundo momento, ele tende a ficar ansioso e mais alerta (Reneau Peurifoy, 2012, p. 33). Quando a amígdala ou regiões do córtex do lobo frontal é ativada, moléculas químicas (hormônios e neurotransmissores) são secretadas por glândulas endócrinas e por núcleos subcorticais, sendo liberadas no cérebro e no corpo, provocando mudança de comportamento (medo, raiva, prazer, ansiedade).

O **giro do cíngulo** localiza-se na porção medial do cérebro. Funciona como parte integral do sistema límbico, que envolve a formação e o processamento de emoções, memória e aprendizado (KNOBEL, 2011).

2.3 Definição de emoção e sentimento

Embora exista uma diversidade de conceitos sobre as emoções, as bases neurobiológicas contribuem para a compreensão do mecanismo de ação das emoções no organismo.

O mecanismo das emoções no corpo humano é necessário para se fazer a distinção entre emoções e sentimentos, sensações e percepções, pois constituem um conjunto de interconexão entre os sistemas que envolvem as emoções.

Conforme afirma Damásio, podemos dizer que emoção e sentimento possuem mecanismos de ação distintos. Ele refere que:

“... enquanto as **emoções constituem ações acompanhadas por idéias e certos modos de pensar, os sentimentos emocionais são percepções daquilo que o corpo faz durante a emoção**, com percepções do estado de espírito durante esse mesmo momento” (DAMÁSIO, 2011)

Oposto às concepções de Damásio, a teoria das emoções defendida pelo psicólogo William James foi que a percepção de um estímulo causa efeitos no corpo, rejeitando a emoção como uma disposição mental que causa mudanças no corpo (DAMÁSIO, 2011).

Na perspectiva fisiológica, as emoções são respostas neurofisiológicas aos estímulos externos e internos coordenados pelo próprio pensamento e envolve o sistema límbico, uma estrutura localizada no cérebro humano responsável pelas emoções e sentimentos. Quando recebe um estímulo sensitivo (audição, paladar, visão, olfato), ele emite informações para o tálamo e hipotálamo que elabora respostas aos estímulos através do sistema endócrino e do sistema nervoso autônomo (SNA) e ao serem ativados se reproduzem as emoções e sentimentos (LOPES, 2011).

Na perspectiva cognitiva, as emoções são percebidas por percepções, recordações e pela aprendizagem, buscando a razão através da excitação fisiológica do corpo (LOPES, 2011).

Esse processo colabora com um dos princípios filosóficos e de recusa da sociopoética, quando utilizamos o corpo como fonte de conhecimento... o corpo pensa, não podemos separá-lo da cabeça, pois ele é importante na constituição do imaginário (GAUTHIER, 1999).

Ressalto a importância do conhecimento através dos sentidos corporais, onde o toque, o cheiro, o sabor, o olhar, o ouvir e sentir com o coração (ARAÚJO, 2000) pode subsidiar um cuidado de enfermagem humano e qualificado, principalmente em um ambiente complexo. As pesquisas em enfermagem vêm contribuindo aos processos cognitivos da percepção e aprendizagem, muitos discutidos entre pesquisadores da área.

Na perspectiva culturalista, as emoções são comportamentos apreendidos no processo de socialização. As emoções são uma construção social que exige aprendizagem e por isso dependem da cultura onde esse indivíduo está inserido (Lopes, 2011).

Esse pensamento é contribuído por Gauthier (1999) quando mostra que pesquisar é uma troca, a emoção é o canal onde se expressam os saberes da vida social e comunitária entre os grupos, respeitando sua cultura e seu conhecimento, estabelecendo um diálogo, compreendendo suas práticas e o sentido que dão a elas.

Ou seja, o enfermeiro deve aplicar o processo de cuidar do paciente no contexto de hospitalização, respeitando seus valores, suas crenças, seu conhecimento. O cuidado sensível permite maior interação e dialogicidade entre os envolvidos no processo de cuidar em enfermagem.

Gauthier (1999) define a emoção como um estado de alerta poética, que sensibiliza ao que é radicalmente novo em cada experiência e nesse momento tocamos nossa força vital, reencontramos a nossa origem... a nossa história coletiva e pessoal. Durante as experiências do cuidar pela equipe de enfermagem na unidade coronariana, podem surgir emoções que são intensificadas pelo seu estado de espírito. Portanto, sensibilizar a equipe de enfermagem sobre suas representações acerca do seu cuidado prestado pode emergir sentimentos provenientes de seu interior (primitivo) e podem ser expressos através dos sentidos corporais (tato, audição, visão, olfato, paladar).

Por não possuir uma formação consistente sobre a psicologia das emoções, o enfermeiro tende a transferir sua responsabilidade do cuidado emocional para o psicólogo. Para que o enfermeiro possa identificar como as emoções se manifestam no organismo, primeiramente se faz necessário se entender o seu mecanismo fisiológico e as emoções se expressam nos sistemas orgânicos.

A tese, neste sentido, é de que o enfermeiro compreenda o seu papel na avaliação inicial de um paciente sob qualquer condição de saúde, perpassa pelos seus cuidados pautados em sua visão holística (pessoa como um todo), nas suas necessidades valorizadas no processo de enfermagem.

Nas relações de cuidado entre enfermeiro e paciente, observa-se um distanciamento dessa valorização sobre o estado emocional do paciente, dando maior atenção às necessidades fisiológicas de readaptação dos sistemas biológicos.

2.4 Bases para pensar o cuidado com as emoções

Captar as emoções de um paciente é uma tarefa árdua e subjetiva, pois o que a emoção significa para ele, pode não ser aquilo percebido pelo enfermeiro, pois isso exige conhecê-lo, compreender a linguagem corporal para identificar os significados de emoção, geralmente manifestadas nas expressões faciais.

O corpo é fonte de informação, linguagem e comunicação, ele fala. Por isso, o enfermeiro precisa perceber gestos e comportamentos corporais utilizados como signos de comunicação (FIGUEIREDO, 2011, p. 8).

Existem alguns indicadores para identificar as emoções, tais como as manifestações verbais pelo paciente, as manifestações não-verbais ou comportamentais (através de expressões faciais ou corporais) e as manifestações fisiológicas que podem ser relacionadas ao estado emocional.

As manifestações verbais são constatadas durante a avaliação diária do enfermeiro. Ele registra e evidencia, de forma verbal, as necessidades psicoafetivas dos pacientes e deve estar atento através da escuta sensível, para promovê-lo conforto e bem estar. A tonalidade da voz no relato do paciente pode evidenciar emoções a serem captadas na avaliação do enfermeiro e ser contemplada no registro da evolução diária. O enfermeiro deve ter atenção, escuta sensível, promover conforto e transmitir interesse e confiança na interação.

A manifestação não-verbal consta de um signo que deve ser percebido na avaliação do enfermeiro. O silêncio pode indicar interesse na avaliação das necessidades emocionais, implica em intervenção de enfermagem. Cuidar do cliente significa envolvimento amoroso com ele, preocupação atenta às várias situações, o acompanhamento solidário dos processos de cura e resgate da esperança de vida (BOFF, 2012). Nesse processo dialógico e humano entre paciente e enfermeiro, deve haver cumplicidade, confiança, afeto que reflete uma troca com melhor interação, compreensão de algo que não é dito com frases, mas expressado por palavras e/ou gestos.

A avaliação emocional do enfermeiro é de grande valor para compreensão de toda a equipe multiprofissional, por tornar-se um indicador assistencial diante da condição de internação.

O enfermeiro pode registrar como ele percebe a emoção do paciente, mas esta pode não ser necessariamente a emoção evidenciada no relato do paciente durante sua avaliação de enfermagem. É importante que o enfermeiro identifique com conhecimento técnico-científico se a emoção do paciente é registrada e se é fidedigna ao que foi observado, ou seja, é necessário também validar em observação.

O comportamento gera uma atitude, isto é, a forma de como se presta o cuidado pode produzir no paciente uma reação, a qual requer uma intervenção por parte do enfermeiro, que vai refletir diretamente na manifestação do seu estado emocional.

Diante disso, é necessário que o enfermeiro compreenda os aspectos desencadeadores de emoções, bem como as emoções existentes, assim como as emoções influenciam nesse processo de tomada de decisão, por parte tanto da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, bem como do próprio paciente.

O paciente se vê impotente no sentido de não estar no comando de suas atividades e tomadas de decisão durante a hospitalização. Entretanto, quando o enfermeiro compreende e percebe suas angústias, dá atenção às suas necessidades de conforto e bem estar, propondo intervenções que minimizem riscos para danos e complicações que afetam sua saúde.

Cabe ao enfermeiro reavaliar permanentemente sua assistência durante a internação deste paciente, na busca da participação ativa nos cuidados de enfermagem e, registrando suas impressões sobre as emoções expressadas por ele, na evolução diária dos cuidados de enfermagem, envolvendo-o em interação, envolvimento na perspectiva no seu cuidado pós-alta, princípios adotados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem.

É relevante destacar que o ambiente de alta complexidade é provido de equipamentos com alarmes e monitorizações dos parâmetros vitais, que favorecem um cuidado intensivo, dinâmico, especializado e vigilante. Diante dessa condição, a emoção deixa de ter valor apenas subjetivo e torna-se em um indicador importante para o enfermeiro em sua assistência.

O termo “complexidade” significa “aquilo que é tecido junto”, segundo o referencial teórico de Edgar Morin, adotando uma visão que considera o contexto físico, psíquico, social e cultural. A complexidade concebe o ser humano como um ser complexo, capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, em um processo de autoeco-organização a partir de sua dimensão ética, que reflete seus valores, escolhas e percepções de mundo (SILVA e TEIXEIRA, 2011).

Sabe-se que, na internação, por si só, emergem emoções que podem alterar o estado psicológico na saúde do paciente. Dependendo da condição clínica sobre o processo saúde-doença, ele pode apresentar emoções positivas ou negativas. O enfermeiro deve ter habilidade, técnica e interacionais, além de sensibilidade para identificar emoções e promover o cuidado ao paciente nesta situação, isto se dá através da avaliação diária dos cuidados, que converge na avaliação da assistência prestada. O enfermeiro se apropria de atividades gerenciais relacionadas aos processos assistenciais, entretanto, não pode se deter apenas nessas atribuições, devendo inclusive priorizar a segurança do paciente, em situações relativas

ao cuidado propriamente dito, onde podem ocorrer alterações no comportamento durante a internação e, que traduzem emoções negativas.

Isto requer do enfermeiro uma avaliação permanente, que vise a qualidade do seu cuidado prestado na sua unidade e, por isso, utilizamos como norteador para a abordagem com os enfermeiros sobre suas práticas assistenciais subsidiadas pelo processo de enfermagem.

O processo de enfermagem (PE) foi implementado no Brasil por Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, tendo tem como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e a Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow (1970) e João Mohana (1964). O PE classifica as necessidades humanas em: psicobiológicas, psicossociais e psíquicas. É pautado nessas necessidades que o processo de enfermagem direciona a metodologia que executa, organiza e gerencia o trabalho da enfermagem, auxiliando o planejamento do cuidado através de suas cinco etapas sistematizadas, compreendidas em: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento/prescrição de enfermagem; implementação do plano de cuidados; avaliação/evolução de enfermagem, o qual consiste na avaliação de enfermagem e integra o plano de alta (COFEN, 2009; SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011; FIGUEIREDO et al, 2011; SILVA e TEIXEIRA, 2011; SILVA, VALENTE, SABOIA et al, 2014).

No que se refere à equipe de enfermagem, estes realizam condutas intervencionistas em prol do cumprimento de tarefas e prescrições, utilizando-se de recursos tecnológicos como monitorizações para aferição contínua de parâmetros vitais, que norteiam o tratamento clínico do paciente.

Por outro lado, o enfermeiro enquanto gestor do cuidado não pode adquirir uma postura tecnicista, pois o cuidado humano vai além da prática, de cunho mecanicista. Ele estabelece formas de interação e comunicação, que melhoram, ou não, as condições emocionais do indivíduo durante sua internação.

Ele deve promover assistência que proporcione confiança e zelo na relação com o paciente, que fortaleça o vínculo de quem cuida e de quem é cuidado, pois uma comunicação efetiva demonstra conhecimento e produz um cuidado de qualidade (PROCHET e SILVA, 2011). Para isso, um planejamento adequado acerca dos cuidados prestados é readequado a partir das necessidades observadas pelo enfermeiro diariamente.

Durante a internação em unidades intensivas, o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes favorece relações de interação e de proximidade, de interesse e de afetividade,

emoções e sentimentos e podem desencadear atitudes positivas ou negativas. Estas manifestações devem ser gerenciadas pelo enfermeiro, além de avaliada constantemente, de forma que não modifique o estado de humor bem como a condição de saúde do paciente.

A saúde se constitui num tecido complexo de relações e o ser humano em uma inter-relação biopsicossocial. Esta lógica desafia-nos à mediação de emoções, na qual o diálogo surge como um ato de co-criação de significados envolvendo uma compreensão ativa, pois quem conversa tem que compreender o outro para seguir conversando. O diálogo compreensivo seria então esta capacidade geradora da mediação (ARRUDA e ARRUDA, 2010). Vê-se daí a necessidade da comunicação e o diálogo para que o enfermeiro possa compreender o paciente diante de suas angústias e medos durante sua avaliação.

Quando o enfermeiro tem consciência sobre a importância da sua avaliação e do registro sobre as emoções do paciente como base para o cuidado de enfermagem, novas formas de cuidar podem emergir.

O registro do enfermeiro assegura o gerenciamento do processo de trabalho, necessário para a continuidade e qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao paciente atendido nos sistemas de saúde.

Quando o enfermeiro avalia o paciente e não deixa registrado o cuidado prestado e suas impressões diagnósticas, a continuidade da sua assistência torna-se prejudicada, pois qualquer profissional que busca informação no prontuário, não tem acesso aos pontos evidenciados por outros que o assistiram mesmo que o diga.

Segundo a Resolução COFEN n. 429/2012, o prontuário do paciente é uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde.

Mediante esta assertiva, é necessário que se aponte como ponto principal, o cuidado com as emoções evidenciado na avaliação e registro do enfermeiro, inserido na assistência de enfermagem dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, em busca de elementos necessários para subsidiar um cuidado de excelência.

Capítulo III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa qualitativa possui maior proximidade com o objeto do estudo e por isso foi escolhida esta abordagem, em que se puderam valorizar as emoções dos pacientes na avaliação e registro dos enfermeiros, pondo em questão os aspectos subjetivos que demandam nos pacientes sobre o contexto hospitalar.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa “visa trabalhar com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que podem ser entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano não se distingue só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”.

É nesse sentido que foi importante utilizar uma investigação exploratória nos cenários de cuidados de alta complexidade, para elucidar as idéias dos participantes sobre as emoções dos pacientes em seu cenário de prática. Conforme Gil (2010) proporciona maior conhecimento e familiaridade com a problemática. E assim permitiu a compreensão da significação da emoção no cuidado prestado pelo enfermeiro e suas implicações no registro de enfermagem.

3.2 Cenário do estudo

O cenário foi a unidade de terapia intensiva (UTI) de uma Instituição de saúde de médio porte, localizada na zona sul, no município do Rio de Janeiro.

Este cenário é considerado de alta complexidade por suas características de atendimento a pacientes clínicos e cirúrgicos, em condições críticas, no que tange à gravidade e que requer cuidados intensivos e vigilância permanente da equipe de saúde, o que não seria possível em unidades de internação.

A Instituição é uma das mantenedoras das obras sociais gerenciadas por uma entidade filantrópica responsável por oferecer serviços de gestão nas áreas da saúde, educação e assistência social. Possui perfil de atendimento cirúrgico de alta complexidade em diversas especialidades, com estrutura para internações cirúrgicas, clínicas e obstétricas e provem de

terapia intensiva adulto e neonatal, berçário, dayclinic, unidade coronariana, serviço de hemodinâmica, emergência cardiológica, unidades semi-intensiva e pós-operatória, além de outros serviços complementares como laboratório e banco de sangue.

A unidade de terapia intensiva (UTI) possui 30 leitos, divididos em dois setores com 15 leitos (cardiológico e neurológico), com aparato tecnológico que permitem monitorização contínua dos sinais vitais, atendendo internações clínicas e cirúrgicas que exigem atenção e vigilância por parte da equipe multiprofissional, devido alto risco para instabilidade e maior segurança à saúde do paciente.

As demandas de internação, em geral, são provenientes do centro cirúrgico, mas atende inclusive ao setor de emergência cardíaca e transferências externas, que necessitam porventura de intervenção cirúrgica. Os recursos humanos da equipe de enfermagem por plantão constam de 4 enfermeiros e, em média, 18 técnicos de enfermagem, para atender ao dimensionamento adequado para os pacientes.

A instituição possui uma unidade coronariana (UCO), onde foi realizado a verificação dos registros de enfermagem acerca das emoções. A UCO possui 11 leitos, com estrutura de monitorização para controle dos sinais vitais e hemodinâmicos. Atende pacientes cardiopatas clínicos ou cirúrgicos procedentes tanto da emergência cardíaca como do setor de hemodinâmica em caráter de urgência ou eletiva, mas possui demanda de outros serviços externos como consultórios médicos com indicação de internação e transferências de outras unidades hospitalares. Possui como recursos humanos por plantão 2 enfermeiros e, em média, 6 técnicos de enfermagem para atender a escala da unidade.

Perceber as emoções dos pacientes em qualquer contexto de alta complexidade é de suma importância e só torna possível quando avaliada pela equipe, em especial pela enfermagem. O enfermeiro é o profissional responsável pelos cuidados mais complexos, atendendo a Lei do Exercício Profissional nº7498/86, a qual destaca ser uma das atividades privativas do enfermeiro prestar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos e, ainda, capacidade para tomar decisões imediatas.

3.3 Participantes do estudo

Os critérios de inclusão foram atendidos na pesquisa, sendo eles destacados: ser enfermeiro na função assistencial, atuantes na unidade de terapia intensiva, unidade cardiológica, semi-intensiva clínica e pós-operatória ou emergência cardiológica, nos plantões diurnos e noturnos, com atuação mínima de seis meses na Instituição. Estes cenários

compõem a “Linha de Cuidado Crítico” e os enfermeiros perpassam por todos, seguindo uma política de remanejamento institucional.

Excluiu-se enfermeiros gestores, supervisores e administrativos; enfermeiros com atuação menor de seis meses nos cenários, por motivos de afastamento por qualquer motivo, bem como a recusa da participação ou desistência durante seu percurso.

Os participantes do estudo constituíram um total de 13 enfermeiros assistenciais, sendo 4 enfermeiros que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva, 3 enfermeiros na Unidade Coronariana, 2 atuavam na Unidade Semi-Intensiva clínica, 4 enfermeiros atuavam na Unidade Semi-Intensiva Pós-Operatória.

O universo de enfermeiros constituiria um total de 23 participantes. Entretanto, durante a pesquisa, 2 enfermeiros estavam de férias, 2 enfermeiro estava ausente por troca de plantão, 4 enfermeiros estavam de licença médica, 3 enfermeiros eram recém-contratados.

A escala dos enfermeiros assistenciais consiste de 12 horas de plantão, sendo 36 horas de descanso dividido em turnos (diurno e noturno). O dimensionamento de enfermeiros nas unidades de alta complexidade, para no mínimo 10 leitos ocupados, atende à RDC nº26/2012, que se refere aos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapias Intensivas (UTI).

Apontamos que este dimensionamento se traduz muitas vezes no desgaste físico e emocional para os enfermeiros e pacientes já emocionalmente afetados pela internação, pois estes recebem as demandas emocionais durante os cuidados realizados pelos enfermeiros nas suas respectivas unidades e isto compromete o registro e a avaliação da emoção do paciente durante a assistência prestada pelo enfermeiro. Corroboramos com este pensamento, a afirmativa de Aguiar et al (2010) quando refere que:

“... a inadequação numérica e qualitativa dos recursos de enfermagem lesa a clientela no seu direito de assistência à saúde livre de riscos e pode comprometer legalmente a instituição pelas falhas ocorridas, devido à sobrecarga de trabalho e à deficiência da qualidade da assistência prestada.” (AGUIAR et AL, 2010)

Embora não haja cobertura das ausências nas escalas dos enfermeiros, existe na Instituição uma política interna entre as unidades de alta complexidade, a fim de atender ao dimensionamento de acordo com a complexidade de cuidados que demandam em cada cenário. Esta estratégia permite melhorar a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros, diminuindo o desgaste físico e psicológico do profissional e reduzindo os riscos à segurança e saúde emocional dos pacientes assistidos.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi cadastrada no site do Conselho Nacional de Saúde (CNS), junto ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) via Plataforma Brasil, sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/ Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como proponente principal e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição pesquisada como segundo proponente.

O projeto foi aprovado segundo protocolo CAAE: 25749613.9.0000.5238 sob o parecer nº 490.695 de 10 de dezembro de 2013 do CEP da EEAN/HESFA (ANEXO I). Naquele momento, a metodologia adotada seria a sociopoética tendo escolhido a Unidade Coronariana como cenário, entretanto a produção dos dados tornou-se fragilizada por constituir uma pequena amostra de 5 dos 7 enfermeiros da UCO (uma enfermeira estava de licença médica e houve uma demissão neste período).

Sendo, portanto, realizada uma reformulação da proposta de investigação exploratória, estendendo-se à unidade de terapia intensiva, aumentando o universo de 5 para 13 enfermeiros. A partir daí, foi estabelecido contato com os enfermeiros nas suas unidades assistenciais, para agendamento da produção dos dados, após autorização da Instituição (ANEXO II).

Os enfermeiros foram informados sobre a pesquisa, os objetivos e as suas etapas da pesquisa, bem como sobre todos os aspectos éticos que os condicionam ou não a sua aceitação, sendo necessária assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, orientando-lhes sobre o conteúdo do documento, no qual desde então a divulgação dos resultados em eventos científicos e publicações, respeitando-os e assegurando-lhes sigilo e confiabilidade dos depoimentos, sem prejuízo nem riscos inclusive para a Instituição (APÊNDICE A).

3.5 Instrumento de pesquisa

Ao escolher o instrumento, inicialmente, foi optado pelo questionário com questões abertas e fechadas, o qual foi orientado aos enfermeiros quanto ao preenchimento, sendo aplicado durante o serviço nas unidades assistenciais. Acreditamos ser um facilitador na produção dos dados nas unidades intensivas e semi-intensivas, entendendo que seria uma maneira que permitiria maior liberdade para expressar por escrito suas idéias sobre as

emoções do paciente no seu processo de trabalho, porém esta forma de produção de dados não teve adesão por parte dos enfermeiros, pois alegaram não possuir disponibilidade para o preenchimento durante os plantões e expuseram que, por possuir uma análise subjetiva, o objeto de estudo “emoções” seria de difícil compreensão nos aspectos da assistência e registro de enfermagem.

Mediante esses dificultadores, foi utilizada outra técnica de produção de dados a entrevista semi-estruturada, sendo esta estratégia para Minayo (2010, p. 261) a mais utilizada em trabalho de campo, quando ressalta que:

“... é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.

A entrevista permitiu maior interação entre o pesquisador e os participantes, pois proporcionou direcionamento das respostas com mais rapidez, agilizou o processo de produção de dados e otimizou o tempo de produção. Minayo (2010) considera que o recurso de gravação da entrevista o mais fidedigno e ainda propõe a filmagem como outro recurso deste tipo de técnica.

O recurso metodológico utilizado para as entrevistas semi-estruturadas foi a realização de gravações por meio do aplicativo Easy Voice Recorder, adquirido do sistema Google Play via celular. A etapa seguinte foi a realização das transcrições dos depoimentos na íntegra, com arquivo na ferramenta Microsoft Word 2010.

Três participantes optaram por escrever suas respostas na forma de questionário, embora tivessem autorizado a participação na pesquisa através do TCLE. Foi lhes informado que caso houvesse necessidade retornaria a eles para possíveis esclarecimentos acerca das respostas obtidas, o que não foi necessário.

Foi realizado um roteiro de entrevista, norteado pelas etapas do processo de enfermagem (anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem), considerando que os impressos institucionais contemplam as etapas descritas (APÊNDICE B).

O instrumento foi composto por questões fechadas e abertas, através das quais os enfermeiros responderam em que momentos eles avaliavam a emoção do paciente durante período de internação. Através desse instrumento, foi possível avaliar em que etapa do planejamento assistencial o enfermeiro avalia a emoção do paciente, como se dá essa avaliação e qual a sua importância para o cuidado de enfermagem.

As entrevistas finalizaram com reflexões dos enfermeiros, através de recomendações para melhorias do processo assistencial, com foco na avaliação e registro da emoção do paciente nos seus ambientes de cuidado. Eles destacaram que, a partir das recomendações pautadas em sua prática seria possível repensar novas estratégias de atenção à saúde emocional dos pacientes assistidos nas suas unidades.

3.6 Produção de dados

A produção dos dados aconteceu em dois momentos. Para se iniciar uma abordagem com o objeto “emoção no cuidado”, entendemos que seria necessário realizar um levantamento do registro da emoção, ainda na primeira abordagem do enfermeiro, através de análise documental, para seguir com a pesquisa exploratória na abordagem do enfermeiro, ressaltando a percepção dele em relação à sua prática.

No primeiro momento, foi realizado um levantamento das evidências de registros das emoções dos pacientes internados na Unidade Coronariana da Instituição pesquisada pelos enfermeiros, no mês de maio de 2014, escolhido aleatoriamente.

Os objetivos da coleta destes dados foram: analisar o registro do enfermeiro sobre as emoções do paciente internado na Unidade Coronariana; discutir a importância deste registro para o cuidado de enfermagem.

Foram utilizados os registros de admissão médica e de enfermagem de 62 prontuários, sendo utilizado um formulário contendo com informações referentes à idade, gênero, diagnóstico de admissão, co-morbidades e o registro do estado emocional; este último de maior importância para o estudo. Os resultados foram apresentados no capítulo IV, compreendendo a linha de pensamento: “de quem são as emoções que tratamos na pesquisa”.

Foi realizada a tabulação dos dados na ferramenta Microsoft Excel 2010 e as tabelas repassadas para o arquivo contido na ferramenta Microsoft Word 2010, para discussão e análise dos resultados. A primeira parte dos resultados se referia à caracterização do perfil clínico dos pacientes internados na Unidade Coronariana e; a segunda parte descreve a emoção como indicador de avaliação no registro do enfermeiro.

No segundo momento, ocorrido nos meses de agosto e setembro de 2014, com a aproximação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, através do agendamento das entrevistas com os enfermeiros nas suas unidades no decorrer dos seus plantões, momento no qual me coloquei a disposição de ir ao encontro durante o período de trabalho.

Por algumas vezes, as demandas de cuidados aos pacientes eram prioridade dos enfermeiros, decorrente da complexidade dos cenários. O contexto das unidades não permitiu que a pesquisa acontecesse conforme o planejamento previsto, sendo este um entrave para o pesquisador. Triviños afirma que:

“... O começo de uma entrevista frequentemente é marcado por incertezas, tanto por parte do investigador, como por parte do informante, o que particularmente é considerado natural. “Ocorre geralmente entre todas as pessoas que se encontram pela primeira vez e iniciam um intercâmbio de opiniões, ainda que seja superficial” (TRIVIÑOS, 1987, p.149).

Quando possível, os enfermeiros se dispuseram à realização das entrevistas, principalmente quando agendado previamente, não sendo necessário retirá-los do seu ambiente de cuidado. Foram informadas as titulações dos pesquisadores aos participantes, demonstrando a importância da pesquisa tanto à comunidade científica como para produção do conhecimento nas áreas assistenciais.

Ao iniciar a entrevista com os enfermeiros, foi apresentado o objeto e os objetivos da pesquisa, solicitando concordância de sua participação, mediante assinatura do TCLE, deixando-lhes à vontade para leitura na íntegra e informando que poderiam se retirar em qualquer momento da pesquisa, sem riscos nem danos.

Os enfermeiros foram orientados quanto ao roteiro de entrevista. Foi um momento de riqueza, no qual eles puderam esclarecer dúvidas sobre a intenção da pesquisa antecipadamente e tiveram tempo disponível para refletir sobre as emoções dos pacientes sob seus cuidados e sobre seu registro da avaliação emocional dos pacientes.

Utilizamos para todas as entrevistas, um tempo máximo de vinte minutos para o diálogo com os enfermeiros, sendo este tempo um facilitador diante dos cenários que exigem a presença vigilante dos enfermeiros.

“... As entrevistas realizadas duram em média de 15 a 20 minutos, sendo que esta duração deve ser sempre flexível e dependente das circunstâncias que rodeiam o informante. Porém, conforme assevera o autor, uma entrevista que se prolongue mais que trinta minutos, se torna repetitiva e se empobrece consideravelmente.” (Triviños, 1987)

Os locais em que as entrevistas com os enfermeiros foram escolhidos por eles, em leitos vagos ou posto de enfermagem, para que estivessem a todo o momento acessível à equipe de enfermagem e mantivesse a vigilância do seu serviço.

Do mesmo modo que estes ambientes se distanciavam de interferências pessoais, pois a equipe respeitou a privacidade dos enfermeiros durante a pesquisa, foi possível adequar o tempo disponível para entrevistas, permitindo a disponibilidade e o envolvimento nas análises

das questões relacionadas às emoções dos pacientes assistidos por eles. Triviños (1987) contribui com esta adequação à pesquisa, quando afirma:

“...Isto não só permite ao investigador o planejamento de seu tempo, mas também significa um respeito pelas atividades do informante e, nesta fase, um encaminhamento normal da pesquisa. Adiantamo-nos a dizer que nenhum investigador crê na rigidez absoluta da exatidão da realização dos encontros. Se não estamos conscientes disto, sofremos muitas frustrações”. (TRIVIÑOS, 1987, p. 149)

Ao término das entrevistas, os enfermeiros foram informados que o material produzido é destinado exclusivamente às análises para atender aos objetivos propostos nesta pesquisa, sendo este guardado por cinco anos e posteriormente incinerado. Foi apontado junto à eles a possibilidade de apresentar os resultados na Instituição para fins de divulgação da produção gerada a partir das reflexões e contribuições obtidas no estudo.

3.7 Análise de dados

Foi utilizada a Análise de conteúdo, de Bardin (2011), para fins de organizar o material produzido pelos enfermeiros durante as entrevistas.

Segundo Bardin (2011), esta técnica consiste em:

“... um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

A análise temática de Bardin (2011) é norteada por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados e a interpretação.

O momento da **pré-análise** iniciou com a organização dos depoimentos dos enfermeiros, pressupondo que a emoção do paciente pudesse ser encontrada nas análises de suas avaliações acerca da emoção durante o cuidado prestado.

Foi realizada a transcrição dos depoimentos na íntegra e, posteriormente, foi feita a leitura exaustiva e detalhada dos depoimentos, momento caracterizado como “leitura flutuante”, na busca das evidências de emoções emergidas do contexto da assistência prestada pelos enfermeiros.

À medida que as releituras aconteciam, observávamos em cada depoimento, que os enfermeiros não percebiam a avaliação do estado emocional dos pacientes durante o cuidado

sequer atribuíram importância do registro da emoção ao processo assistencial. Entretanto, entendiam como uma necessidade de cuidado dentro da assistência.

Os apontamentos sobre as emoções foram marcados em negrito e foram recortados do texto, a fim de compor o *corpus* da pesquisa e elaborar as categorias temáticas a partir da codificação dos depoimentos.

Posteriormente, a fase de **exploração do material** se deu com o agrupamento das idéias, ou seja, os núcleos de sentidos que se assemelham e se diferem acerca da avaliação do registro das emoções dos pacientes internados nas unidades de alta complexidade, nas concepções dos enfermeiros. Nessa etapa, foram selecionados os temas de maior frequência nas falas da maioria dos enfermeiros, que deram origem às categorias temáticas, que permitiram compreender como se efetua a avaliação das emoções dos pacientes na prática assistencial dos enfermeiros nas suas unidades.

O terceiro momento aconteceu a partir do **tratamento dos resultados e interpretação** dos depoimentos dos enfermeiros, sendo estes organizados em quadros, os quais apontaram pistas que deram origem aos núcleos dos sentidos, sobre o que os enfermeiros avaliam acerca das emoções do paciente no contexto de internação em unidades de terapia intensiva, dando origem à categoria temática, que foi discutida conforme literatura pertinente e atual, apresentada no quadro a seguir.

Quadro 1 - Apresentação das categorias e subcategorias

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS |
|---|--|
| <p>4. EMOÇÕES DOS PACIENTES EM REGISTROS E AÇÕES DE CUIDAR: RASTREANDO MARCADORES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</p> | <p>4.1 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE CORONARIANA</p> <p>4.2 EMOÇÕES COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO NO REGISTRO DO ENFERMEIRO</p> |
| | <p>4.3 EMOÇÕES NAS AÇÕES DE CUIDAR: IDENTIFICANDO MARCADORES DA EMOÇÃO PELOS ENFERMEIROS</p> <p>4.3.1 MARCADORES DA EMOÇÃO NA COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM</p> <p>4.3.2 MARCADORES DA EMOÇÃO NO EXAME FÍSICO</p> <p>4.3.3 MARCADORES DA EMOÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <p>4.3.4 MARCADORES DA EMOÇÃO NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p>4.3.5 MARCADORES DA EMOÇÃO NA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</p> |
| | <p>4.4 EMOÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DEMARCANDO RESPOSTAS DE CUIDADOS</p> |
| | <p>4.5 CUIDADOS COM AS EMOÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</p> |

CAPÍTULO IV

Apresentação e análise dos resultados

4. EMOÇÕES DOS PACIENTES EM REGISTROS E AÇÕES DE CUIDAR: RASTREANDO MARCADORES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Em todo o percurso da pesquisa, as emoções dos pacientes foram os “núcleos dos sentidos”, que originaram a presente categoria. Foi necessário ir ao encontro dessas emoções nos registros dos enfermeiros.

Primeiramente, identificamos a realidade das emoções dos pacientes pelos enfermeiros em uma abordagem, desde o momento da internação. Por conseguinte, uma segunda abordagem em campo assistencial, transformou os registros das emoções dos pacientes em evidências por meio dos depoimentos, nos quais os enfermeiros refletiram, junto ao pesquisador, sobre suas ações de enfermagem. Diante dessas análises, emergiram as subcategorias.

Foi nesse pensamento que, apresentamos as emoções dos pacientes sob a perspectiva do enfermeiro de duas maneiras: a primeira consistiu nas emoções evidenciadas nos registros durante avaliação inicial da enfermagem e; a segunda, a forma que as emoções dos pacientes foram valorizadas nas ações de cuidar nos cenários de alta complexidade.

Acreditamos que, para melhor elucidar as emoções nos registros dos enfermeiros, seria contundente conhecer os pacientes que eles cuidam. Partindo dessa premissa, inicialmente, foi realizada a caracterização de pacientes internados na Unidade Coronariana (UCO) da Instituição envolvida, no mês de maio de 2014 sendo este escolhido aleatoriamente, para subsidiar o estudo de registros das emoções de pacientes em unidades de alta complexidade pelos enfermeiros.

Os dados dos registros dos pacientes referentes à *idade, gênero, diagnóstico de admissão e comorbidades*, foram coletados a partir do impresso de admissão médica e serviram para uma breve análise do perfil clínico dos pacientes internados na UCO.

Estes dados foram apresentados em forma de tabelas descritas a seguir, as quais foram elaboradas na ferramenta Microsoft Excel 2010, sendo discutidos os resultados de maior percentual, conforme literatura atual.

O histórico de enfermagem foi o impresso institucional utilizado para se buscar evidências de registros das emoções por parte dos enfermeiros, que deu origem à primeira subcategoria do estudo: “EMOÇÕES COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO NO REGISTRO DO ENFERMEIRO”.

O sistema cardiovascular tem importante interação com as respostas emocionais, em especial as síndromes coronarianas. As emoções desencadeiam respostas fisiológicas e hormonais no corpo, ao estimular a liberação de catecolaminas no sangue, as quais promovem constrição das artérias e arteríolas, levando à predisposição de eventos cardíacos como a hipertensão arterial, angina do peito, infarto do miocárdio, aumento da ocorrência de arritmias, alteração de eletrólitos e efeitos protrombóticos (KNOBEL, 2010).

As respostas fisiológicas e hormonais são manifestadas por meio de sinais e sintomas relacionados às alterações cardíacas e produzem sentimentos negativos nos pacientes, que geram ansiedade, nervosismo, ou mesmo depressão. Estudos demonstram que emoções específicas como ansiedade, nervosismo e depressão consistem potenciais fatores de risco ao aparecimento da angina e infarto (DESSOTE et al, 2013; SBC, 2013; VOGELZANGS et al, 2013).

Diversos fatores predispõem os indivíduos às emoções diante de uma internação. Por isso, fatores psicossociais e hormonais que identifiquem causas e efeitos geradores de nervosismo, ansiedade e depressão são relevantes na avaliação de pacientes internados em unidades coronarianas, já que favorecem ao surgimento de eventos cardíacos.

No que se refere às arritmias cardíacas, segunda causa de internação na Unidade Coronariana, destacou-se a fibrilação atrial, uma arritmia supraventricular muito freqüente, onde sua prevalência aumenta com o avançar da idade que, quando associadas às doenças cardíacas, geram complicações tromboembólicas e danos hemodinâmicos, tendo como conseqüências as freqüentes internações hospitalares (ZIMMERMAN et al, 2009).

Bonomo e Araújo (2009) já demonstravam que é possível se avaliar as emoções através do exame de Holter 24 horas. Em seu estudo, observaram que mulheres são mais suscetíveis que os homens e possuem maior tendência às arritmias ventriculares e, confirmaram que o gênero influencia nas emoções positivas e negativas. Entretanto, Peacock e Whang (2013) não encontraram relações bem definidas com as emoções, visto que arritmias ventriculares são causadoras de maiores complicações.

A fibrilação atrial, apesar de não ser uma das arritmias mais graves, seus sintomas geram emoções negativas causadoras de alterações no comportamento, que podem interferir nas relações interpessoais e na própria doença. É preciso que os pacientes adquiram conhecimento acerca da doença com apoio da equipe de saúde, tanto para identificá-las precocemente, quanto para evitar complicações como as arritmias severas, que podem levar à morte súbita.

Algumas síndromes de origem cardiológica também têm sido associadas ao desencadeamento das emoções, entre elas a síndrome de Takotsubo, conhecida como

“síndrome do coração partido” (GOLABCHI e SARRAFZADEGN, 2011) e a síndrome do QT longo (LANE et al, 2011), além de outros eventos clínicos como a hipertensão arterial e as arritmias cardíacas (LANE et al, 2011; KNOBEL, 2010) e necessitam ter vigilância pela equipe de saúde decorrente dos sintomas assemelhadas às síndromes coronarianas.

As doenças cardíacas constituíram a terceira causa de internação na Unidade Coronariana, sendo a insuficiência cardíaca presente em 8% dos pacientes. Entretanto, quando somadas a miocardite e a estenose aórtica totalizaram 11,28% das internações.

Doenças cardíacas são definidas pelo mau funcionamento nas estruturas cardíacas por diversas causas, resultando em modificações nas condições de saúde, inclusive no estado emocional e na qualidade de vida do indivíduo (KNOBEL, 2010, p. 123). Qualquer fase de descompensação cardíaca produz estados emocionais negativos como ansiedade, medo, angústia, estresse e depressão, que prejudicam sua recuperação e qualidade de vida.

Isto acontece devido à percepção acerca de suas limitações sobre a doença, que levam os pacientes a sentimentos de desesperança, preocupação e incertezas que, associado ao medo, despertam a possibilidade de emoções como a ansiedade e depressão, afetando-os no seu estado de prazer e bem estar e implicam em internações recorrentes e maior risco de mortalidade (KNOBEL, 2010).

As doenças cardíacas são comumente encontradas nas internações em unidades coronarianas e manifestações clínicas associadas à congestão pulmonar e dispnéia podem ser indícios de descompensação da insuficiência cardíaca que, quando agravados, evoluem com edema pulmonar, insuficiência respiratória, pneumonias e sepse (MONTERA et al, 2009; KNOBEL, 2010), complicações descritas como motivos de internação hospitalar observadas no estudo. Emoções são constantemente evidenciadas na fase aguda da doença, principalmente relacionados a sinais e sintomas da doença e merece intervenção por parte dos profissionais de saúde que os assistem.

As **comorbidades** (Tabela 03) mais frequentes foram: a hipertensão arterial (67,74%), dislipidemias (41,94%), diabetes mellitus (37,1%) e a doença arterial coronariana (35,48%).

O fato de somente um paciente ter sido apontado o estresse como comorbidade demonstra uma determinada fragilidade de registro de emoções dos pacientes, durante as internações na unidade coronariana. Sabemos que a predisposição às emoções no contexto das doenças cardiovasculares é alta, principalmente nos aspectos relacionados tanto a doença como nas alterações metabólicas e hormonais e provocam agravos quando não identificados precocemente.

4.2 EMOÇÕES COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO NO REGISTRO DO ENFERMEIRO

A internação de pacientes nas unidades de terapias intensivas está comumente associada a uma condição vulnerável e complexa. As primeiras horas encontram-se geralmente atreladas à realização de procedimentos técnicos que, apesar de não quantificados durante o cuidado, desencadeiam diversas emoções nos pacientes.

Destes procedimentos técnicos a que referimos, destacamos o registro do enfermeiro, um meio de comunicação que fornece informações sobre as condições clínicas e administrativas do paciente, permitindo tomadas de decisões e revela resultados positivos ou não, além de descrever cuidados, orientações, ações e intervenções (COFEN, 2012).

O registro possibilita diretamente ou não, a aquisição de informações sobre o paciente, suas queixas, angústias, inquietações e os sinais e sintomas mais frequentes, além de fatores psicossociais determinantes de sua doença.

Todavia, as emoções dos pacientes parecem ainda ser veladas durante a hospitalização nas unidades que demandam cuidados de alta complexidade, embora os registros de enfermagem sejam alvo de inúmeras pesquisas no âmbito científico.

O enfermeiro, envolvido de expectativas em melhorar a condição clínica do paciente durante a internação, se presta a uma vigilância permanente para oferecer o cuidado, que valoriza o estado de saúde, apesar de reconhecer a necessidade de ultrapassar essa maneira de cuidar.

Antes de abordar os enfermeiros sobre as suas avaliações acerca das emoções dos pacientes internados em suas unidades, houve a necessidade em se evidenciar como as emoções eram expressas nos registros dos enfermeiros durante a assistência prestada.

Nesse sentido, foi notória a ausência do registro das emoções no momento da internação. O momento da admissão é dotado de uma variedade de informações relativas ao processo de adoecimento que, quando não se tornam esclarecidas ao paciente produzem

emoções, por vezes não verbalizadas, mas precisam ser percebidas pela equipe de saúde por meio de expressões corporais que afetam sua saúde emocional, desencadeada pelo impacto da hospitalização. Entretanto, quando o registro destas emoções não acontece, a visibilidade e a documentação das ações ficam prejudicadas no que tange ao seu acompanhamento e tratamento das necessidades emocionais (COFEN, 2012).

A avaliação do enfermeiro valorizou os registros semiotécnicos acerca do exame físico e diagnósticos de enfermagem, com base em sinais e sintomas manifestados pela doença, sinalizando os riscos e deficiências que limitavam a capacidade de autocuidado dos pacientes. Não houve registro de necessidades emocionais dos pacientes, exceto quando apontam os processos familiares interrompidos, embora este diagnóstico não preceda o registro de ações intervencionistas.

Os registros dos pacientes se pautaram em torno do que era visível, na realização de procedimentos e avaliações diagnósticas. Todavia, ao realizar a avaliação com ênfase às emoções dos pacientes, o enfermeiro vê, toca, escuta, sente o outro, identificando sinais que necessitam de cuidados imperceptíveis. Mas, para isso, ele precisa ter acurácia e sensibilidade para perceber além do que é observado. Comprometimento, compreensão, disponibilidade e sensibilidade, além do conhecimento científico e habilidades devem ser valorizados na avaliação dos pacientes internados em unidades intensivas (WALDOW e BORGES, 2011).

Tensões emocionais relacionadas aos cuidados de enfermagem não são incomuns na prática, seja pelos procedimentos (por exemplo, uma punção venosa) ou por relações de empatia e afetividade com a equipe de enfermagem e isto pode estar associado à sua história pessoal quanto aos aspectos psicossociais.

É sabido que as emoções afetam a condição de saúde do indivíduo e podem provocar aumento no tempo de internação. Expressões verbais e não-verbais de tensão, ansiedade e depressão na admissão dos pacientes nas unidades coronarianas revelam emoções muitas vezes não percebidas pelos profissionais de saúde e, quando não assistidas, tendem a acarretar mudanças de comportamentos durante a internação.

Ao prover um cuidado que possibilite conhecer o paciente, estabelecer vínculos de confiança, identificar alterações biopsicossociais e espirituais e prosseguir, definindo diagnósticos de enfermagem, traçando metas e/ou prescrições de enfermagem, o enfermeiro será capaz de avaliar o paciente e realizar registros (SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011).

Os dados subsidiaram a hipótese de que as emoções dos pacientes não eram valorizadas pelos enfermeiros desde a primeira abordagem de cuidado. Foi evidente que os enfermeiros não registram suas ações de cuidado por completo, limitando-se ainda aos

cuidados que priorizam a doença e fragilizam a assistência prestada, reduzindo possibilidades de se tornar visível quando deixam de ser registrado e visível para a equipe de saúde (MACHADO e FIGUEIREDO, 2010).

Por fim, a ausência de registro das emoções evidenciadas na unidade coronariana coloca em relevo as necessidades psicológicas e afetivas que requerem intervenção. É nesse sentido que surgem reflexões sobre o registro de enfermagem realizado em unidades de terapia intensiva por enfermeiros. Mas, para tanto, seria preciso que ele desse valor à emoção do paciente, a fim de fornecer um cuidado sensível e de qualidade.

4.3 EMOÇÕES NAS AÇÕES DE CUIDAR: IDENTIFICANDO MARCADORES DA EMOÇÃO PELOS ENFERMEIROS

A proposta desta categoria foi de se realizar uma caracterização dos marcadores da emoção dos pacientes, nas etapas de avaliação de assistência de enfermagem, classificados de acordo com os “momentos” que os enfermeiros avaliam as emoções dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva.

Estes momentos de avaliação foram codificados, caracterizando as emoções como “marcador” de necessidade emocional para o cuidado de enfermagem.

Os quadros subsidiaram a discussão acerca das emoções na avaliação dos enfermeiros e apresentaram recortes dos depoimentos, a partir dos momentos de avaliação das emoções dos pacientes, destacando pistas que contextualizaram as emoções marcadas nas etapas de assistência de enfermagem.

Com a aplicação das etapas de assistência de enfermagem utilizadas na Instituição, orientadas pelas fases do processo de enfermagem (PE), como instrumento de abordagem aos enfermeiros, através do histórico de enfermagem (inclui a coleta de dados na admissão e o exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, o processo de cuidar foi repensado, no que tange ao cuidado com as emoções de maneira a integralizar o cuidado prestado, por meio de uma visão individualizada e holística, apropriada pelo conhecimento científico (COFEN, 2009; SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011).

Foi importante que o enfermeiro utilizasse os seus sentidos corporais, para subsidiar suas ações de cuidar, compreendendo que este cuidado implica em colocar em relevo especialmente a forma não-verbal, como corrobora Araújo (2000), na sua maneira de olhar, falar, tocar, sentir através do olfato, ouvir e, porque não dizer, sentir a emoção/razão com o

coração, sede de todos os sentidos corporais, que nos auxiliam na nossa assistência prestada (SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011; ARAÚJO, 2000).

Boff (2012) reforça o cuidado, quando diz que “cuidar implica em envolvimento, em preocupação atenta à todas as situações envolvidas com o ambiente de cuidado, no acompanhamento dos processos de cura e resgate da esperança da vida”.

É nesse processo dialógico e humano que a cumplicidade, confiança e o afeto refletem na troca e na compreensão de algo que não é dito com frases, mas expressos por sílabas, palavras ou gestos e que precisam ser entendidas como uma necessidade emocional na avaliação do enfermeiro.

Nightingale (1979) acreditava que manter um ambiente saudável seria necessário aos cuidados de enfermagem, pela preocupação e zelo, que se remetem à promoção e manutenção do conforto e bem estar físico.

Estas atitudes contradizem ao modelo biomédico vigente, mas que evolutivamente, nos remete ao conhecimento de que esses princípios modificaram a prática dos enfermeiros, em relação aos cuidados realizados, de cunho imediatista (TANNURE e PINHEIRO, 2014).

A seguir, são apresentadas as cinco subcategorias discutidas neste capítulo:

Subcategoria 01: Marcadores da emoção na coleta de dados de enfermagem;

Subcategoria 02: Marcadores da emoção no exame físico;

Subcategoria 03: Marcadores da emoção no diagnóstico de enfermagem;

Subcategoria 04: Marcadores da emoção na prescrição de enfermagem;

Subcategoria 05: Marcadores da emoção na evolução de enfermagem.

Foram divididas em duas subcategorias as etapas de coleta de dados realizadas na admissão e a de exame físico, ambas constituem o histórico de enfermagem institucional, porém na abordagem com os enfermeiros, estas etapas foram separadas para facilitar a compreensão aos participantes do estudo.

Embora sejam etapas distintas, estes registros constam no mesmo impresso institucional, além de incluir alguns diagnósticos de enfermagem neste documento, como norteador para os cuidados a serem prescritos na etapa subsequente.

A etapa seguinte da assistência de enfermagem na Instituição precede a prescrição de enfermagem, que estabelece os cuidados de acordo com as necessidades de saúde dos pacientes observadas pelos enfermeiros. Não confere a essa etapa o planejamento de enfermagem ou um plano assistencial e percebeu-se que servia para organizar a assistência

prestada, apesar de não estar norteada diretamente por uma teoria de enfermagem, conforme preconiza a SAE (COFEN, 2009; TANNURE e PINHEIRO, 2014).

A última etapa de avaliação com os enfermeiros foi realizada com o impresso de “evolução de enfermagem”, que cabe aos registros acerca das ações de enfermagem realizadas, incluindo o exame físico padronizado na Instituição e, diariamente, reavaliadas nos registros dos enfermeiros durante a sua assistência.

4.3.1 MARCADORES DA EMOÇÃO NA COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM

Esta subcategoria se propôs contextualizar a avaliação inicial das emoções dos pacientes, durante a fase que os enfermeiros realizam a coleta de dados para identificação de problemas potenciais, que requer intervenção de enfermagem. Nessa fase, os enfermeiros demonstraram suas percepções acerca das emoções dos pacientes, diante das observações percebidas no seu cuidado prestado, nas unidades de terapia intensiva.

Identificar problemas remete ter um olhar inicialmente sobre sinais e sintomas que o paciente apresenta, sem deixar de envolver o contexto social e familiar, condição emocional e enfrentamento da doença observado, em geral, na entrevista de admissão destes pacientes nas unidades. Assim, os enfermeiros são capazes de realizar o julgamento clínico acerca das necessidades de saúde dos pacientes por eles assistidos. É diante desse julgamento clínico, que o enfermeiro pode planejar sua assistência de enfermagem.

A coleta de dados de enfermagem constitui a primeira fase do processo de enfermagem. Essa fase permite que o enfermeiro identifique problemas, determine diagnósticos, para planejar e implementar sua assistência que, segundo Santos, Veiga e Andrade (2011), foi denominada como “anamnese”. Para Figueiredo et al (2011, p. 13), consiste em “conhecer o paciente na sua realidade social e individual, buscando não somente a identificação das suas necessidades, mas inclusive uma melhor adaptação ao seu contexto de tratamento”.

Tannure e Pinheiro (2014, p.33) descreveram a primeira etapa do processo de enfermagem como investigação, como primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente, consistindo na coleta de informações pautadas em teoria de enfermagem, para identificar necessidades, problemas, preocupações e reações humanas. Tal definição vai de acordo com o processo de enfermagem preconizado pela Resolução 358/2009 e orienta para uma metodologia que organiza o pensamento crítico, a fim de elaborar uma assistência planejada e direcionada. Mas, no entanto, é preciso que os enfermeiros estejam preparados

para esse tipo de assistência, contribuindo assim com um diagnóstico de enfermagem mais coerente com as necessidades de saúde dos pacientes, inclusive emocionais.

No quadro 02, são apresentados os momentos de avaliação, descritos pelos enfermeiros, acerca das emoções dos pacientes e seus respectivos marcadores.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | enfrentadas pelo paciente” (E7) “Quando pergunto as comorbidades, avalio emoção durante a conversa ”(E11) “Se ele tiver um contexto grande de comorbidade, vê como ele consegue lidar com a doença ” (12) |
|--|--|--|--|

Fonte: Dados da Dissertação de Mestrado intitulada: “Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem hospitalar”, EEAN, 2015.

A **reinternação** foi apontada como um momento importante na avaliação da emoção do paciente que interna em uma unidade de alta complexidade como a terapia intensiva. Ela é um indicador de qualidade da assistência hospitalar (BELITARDO e AYOUB, 2015). Nesse sentido, é necessário, portanto, avaliar a compreensão do paciente em relação à manifestação aguda da doença, haja vista que esta situação pode dificultar a assistência prestada pela equipe de saúde.

Este é um momento gerador de tensões e sentimentos e foram revelados pelos marcadores “**temor**”, “**medo**” e “**desconfiança**”. Por vezes, associado ao desconhecimento da complexidade da doença, os pacientes compreendem a internação como uma situação agravante, especialmente quando esse evento ocorre com frequência.

A avaliação do estado emocional dos pacientes pode ser marcada pelos motivos que os levaram à reinternação, seja pela piora clínica relacionada à doença ou agravamento do estado de saúde, sendo necessário reavaliar inclusive as condições familiares no seu próprio ambiente, com destaque ao “**suporte emocional**” oferecido pela família em situações de reinternações (BELITARDO e AYOUB, 2015).

Ao avaliar um **paciente** se pode ser observado o momento que marca a sua emoção, no sentido de quando ele fornece as informações sobre sua saúde atual, quando ele se expressa verbalmente, ou nas suas expressões não verbalizadas, mas que precisam ser percebidas como necessidade de cuidado pelos enfermeiros.

Nesse sentido, a “**comunicação**” foi o marcador da emoção na percepção dos enfermeiros E2, E3 e E10, durante o cuidado prestado. Etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare*, que significa “pôr em comum”. Comunicar é fundamental, é percebido e, os gestos e expressões positivas e negativas, são vistos e sentidos (FIGUEIREDO et al, 2011).

Araujo (2000) descreve que a comunicação possui sua forma verbal, expressada em palavras pronunciadas ou escritas, mas não se deve desconsiderar a forma não verbal, geralmente associada aos gestos, silêncio, expressões faciais, entonação no timbre da voz, intensidade do toque, aparência física, condições ambientais, postura corporal, posição e distanciamento do corpo.

De acordo com Araujo (2000), Azevedo et al (2013) cita que fazem parte da comunicação, a paralinguagem (modalidade da voz), proxêmica (uso do espaço pelo homem), tacésica (linguagem do toque), características físicas (forma e aparência do corpo), fatores do meio ambiente (disposição dos objetos no espaço) e cinésica

(linguagem do corpo), o que demonstra a importância de se avaliar a comunicação do paciente em todas as suas expressões, principalmente quanto ao seu estado emocional.

A **procedência** foi um momento destacado por três enfermeiros, quando eles referiram que, dependendo do evento que determina a internação, pode indicar a gravidade da doença, favorecendo alterações nos níveis de tensões emocionais. A procedência do paciente na avaliação inicial do enfermeiro é importante por possibilitar medidas interventivas de proteção.

Esse momento foi marcado pela **“ansiedade”** gerada pela internação nas unidades de terapia intensiva, afirmada sob a percepção referida pelo enfermeiro E5. Mas, essa ansiedade pode ser compreendida, quando o enfermeiro passa a entender a história do paciente, bem como ele revela as emoções e sentimentos envolvidos na sua saúde emocional.

O **primeiro contato** com o paciente foi um momento de avaliação do estado emocional dos pacientes, referido por cinco enfermeiros. Eles relataram que é preciso avaliar o paciente, sem desvincular a família dessa avaliação, pois assim como ela pode contribuir para a melhora do estado de saúde, também pode induzir a eventuais desajustes no estado clínico, os quais desencadeiam emoções e sentimentos percebidos durante a entrevista da enfermagem.

Os marcadores das emoções, no primeiro contato com o paciente, puderam ser destacados pelos enfermeiros a partir da **“tranquilidade”**, **“esperança”** e **“surpresa”** relacionada à internação, como um fator positivo na resolução de sua saúde. Essa positividade tende a produzir efeitos de bem estar para o controle de seu comportamento diante da internação.

Entretanto, o marcador **“hostilidade”** também foi referido nesse primeiro contato com o paciente e foi marcado pela rispidez, pelo medo e pela surpresa, tendendo ao relato de **“depressão”**. Esse fator de negatividade produz efeitos emocionais nos pacientes, que podem ser causadores de tensões na comunicação e na verbalização dos sintomas, o que requer do enfermeiro maior atenção em sua assistência.

A **“comunicação”** ficou mais uma vez marcada na manifestação verbal dos pacientes, quando os enfermeiros se disponibilizaram ouvir o paciente nesse primeiro contato, utilizando as expressões dos sentidos corporais, valorizadas durante a sua avaliação. Essa comunicação é um instrumento essencial na prática da enfermagem (FIGUEIREDO et al, 2011) e destacada como **“interesse”**, revelado nos depoimentos dos enfermeiros.

A **comorbidade** consistiu um momento muito frequente na etapa de coleta de dados de enfermagem (a outra foi o primeiro contato com o paciente), descrita pelos enfermeiros. Esse momento foi marcado pelo “**medo**”, “**enfrentamento**” da doença, mas infere que a “**comunicação**” (quando fala e conversa) é uma ferramenta essencial na manifestação da sua necessidade emocional diante das comorbidades dos pacientes.

4.3.2 MARCADORES DA EMOÇÃO NO EXAME FÍSICO

Esta subcategoria propôs a avaliação das emoções dos pacientes durante a realização do exame físico pelos enfermeiros.

O exame físico é relevante para o planejamento dos cuidados de enfermagem, pois avalia o paciente diante de sinais e sintomas, que indicam anormalidades e podem sugerir problemas no processo de saúde e doença (SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011).

O exame físico, juntamente com a etapa de coleta de dados do paciente, por meio de entrevista de enfermagem, constituem etapas que não podem estar dissociadas por caracterizar o histórico de enfermagem.

O histórico de enfermagem compreende a coleta de informações necessárias que compõem um histórico de saúde, como condições psicossociais e hábitos de vida, seguidas da sua avaliação, por meio de observação, o enfermeiro é capaz de identificar as necessidades do paciente, de maneira objetiva, durante a realização do exame físico.

Nesta etapa, o enfermeiro desenvolve suas habilidades e sentidos para identificar diagnósticos e implementar cuidados direcionados às necessidades do paciente, inclusive emocionais. A utilização das técnicas como a inspeção, ausculta, palpação e percussão favorecem uma avaliação detalhada, onde validam a sua avaliação para elaboração de diagnóstico de enfermagem com maior eficácia (FIGUEIREDO et al, 2011, p. 12).

A inspeção consiste na observação detalhada do corpo, dando sentido à sua visão acerca do que está sendo observado. A palpação se utiliza das mãos e definem o sentido tato. A ausculta é o procedimento que avalia sons e ruídos do corpo, que emitem algo expressivo, sendo percebida pelo sentido audição, porém nem sempre são notados apenas dentro do corpo. A percussão consiste em pressionar determinada região corporal, utilizando como sentidos o tato e a audição para identificar necessidades, que produzem sons e requerem cuidados (FIGUEIREDO et al, 2011; ARAÚJO, 2000). O

exame físico deve valorizar não apenas o que está sendo dito, mas também contidos nas expressões não verbalizadas (SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011).

Tocar o corpo pode ser considerado um marcador, portanto, o exame físico é uma ação que pode produzir emoções nos pacientes e o enfermeiro precisa atentar para suas manifestações nessa fase. Na verdade, os momentos foram determinados pelo contexto que o corpo é tocado e sentido, pelo olhar, pelo toque, pela escuta disponível, pela disponibilidade acerca do cuidado.

Os momentos que marcaram as emoções dos pacientes, no exame físico, foram apontados pelos enfermeiros na avaliação: dos sinais vitais; do nível de consciência; dos olhos, relacionados às pupilas e mucosas oculares; do tórax, relacionados ao padrão respiratório, ausculta pulmonar e suporte ventilatório; do abdome, relacionado ao suporte nutricional e eliminações vesicointestinais; da integridade cutânea, e do risco para úlcera por pressão; dos procedimentos, relacionados ao acesso venoso, curativos e drenos; do risco de queda e das precauções.

De modo geral, os **marcadores da emoção** dos pacientes evidenciadas pelos enfermeiros, durante o exame físico foram: a expectativa, a ansiedade, a expressão de dor, a agitação, o medo, a surpresa, o nervosismo, mudanças no timbre da voz, a necessidade da verbalização, a segurança, o (des) conhecimento da doença, o contato visual, a tristeza manifestada pelo choro (muitas vezes causadoras de depressão) e a complexidade dos cuidados realizados nos procedimentos de enfermagem (Quadro 03).

Quadro 03: Marcadores da emoção no exame físico

| ENFERMEIROS | MOMENTO DO MARCADOR | MARCADOR DA EMOÇÃO | PISTAS DE CONTEXTO |
|--|----------------------|--|--|
| E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 | Sinais vitais | Expectativa Alteração fisiológica Ansiedade Dor Agitação Medo Surpresa Nervosismo | <p>“se sente invadido, fica na expectativa de tudo que pode estar dentro da anormalidade” (E1)</p> <p>“Alterações fisiológicas” (E2)</p> <p>“fica ansioso, olhando para o monitor, querendo saber o que cada número significa, se a pressão está baixa ou se está alta” (E5)</p> <p>“podemos entender e perceber sentimentos como dor ou ansiedade” (E6)</p> <p>“sinais como taquicardia pode significar ansiedade e agitação ou mesmo medo. Crise hipertensiva muito comum no momento da visita familiar retrata o quão emocionado” (E7)</p> <p>“em cada movimentado exame físico pra ele não se assustar nem se surpreender com nada” (E9)</p> <p>“está taquicárdico, a pressão alterada já está influenciando na emoção dele” (E10)</p> <p>“sinais vitais alteram quando ficam nervosos, faz hipertensão, precisa ser medicado porque estado emocional alterou” (E11)</p> |
| E1, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13 | Nível de consciência | Timbre da voz Ansiedade Comunicação Segurança (Des) conhecimento Contato visual | <p>“Avaliamos as emoções sob vários aspectos: timbre da voz, ansiedade nas perguntas” (E3)</p> <p>“Ao avaliar nível de consciência, podemos ter uma interação maior com o paciente, conseguindo avaliar a emoção” (E4)</p> <p>“É o momento rico de informações, podemos perguntar sobre a vida da pessoa, podemos abrir espaço para que o paciente fale seus medos e angústias, nessa avaliação não determinamos apenas a consciência e sim o nível emocional”(E7)</p> |

| | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------------|--|
| | | | <p>“Se o paciente tem condições de responder, facilita a avaliação diária” (E8)</p> <p>“Mantendo contato visual, olho no olho, pra passar segurança no que está fazendo, deixando ele falar” (E9)</p> <p>“Paciente tendo consciência da própria doença que ele está, influi na emoção dele (E10)</p> <p>“Na hora da conversa, se tem depressão, como está reagindo à doença, se ele está entendendo a sua limitação” (E11)</p> <p>“A parte da fala, você vê a orientação dele” (E12)</p> <p>“Pela fala, pelo que ele te descreve você consegue avaliar o estado emocional” (E13)</p> |
| E1, E3, E8, E9 | Pupilas Mucosas oculares | Tristeza | “O paciente tem muita alteração de lacrimejar ” (E9) |
| E1, E3, E7, E8, E9, E12 | Padrão respiratório Ausculta pulmonar Suporte ventilatório | Ansiedade Depressão Comunicação | <p>“padrão respiratório alterado sugere alteração emocional. Devemos considerar o diagnóstico, pois paciente DPOC apesar de tranquilo pode passar ansiedade” (E7)</p> <p>“Se ele tiver deprimido pode ter uma respiração diferente... talvez na parte respiratória, na ausculta pulmonar” (E12)</p> <p>“Na ausculta, quando você termina, tem que dar a ele um momento dele desabafar” (E9)</p> |
| E1, E3, E8, E9 | Suporte nutricional Eliminação fisiológica | Nervosismo Medo | “Quando o paciente estiver muito nervoso, ele apresenta diarreia, gases, se urina todo de medo ” (E9) |
| E1, E3, E8, E9 | Integridade cutânea Risco para úlcera por pressão | Nervosismo | “Paciente com emocional alterado tende a se coçar, se arranhar, ou se apertar (E9) |
| E3, E5, E8 | Procedimentos (acesso venoso, | Complexidade dos cuidados | “[...] avaliamos sempre as suas emoções, desde os procedimentos mais simples aos mais complexos (E3) |

| | | | |
|------------|--------------------|-----------|---|
| | curativos, drenos) | | |
| E6, E8, E9 | Risco de queda | Ansiedade | <p>“Risco de queda pode estar associada a questões emocionais, como ansiedade (E6)</p> <p>“Ele vai se machucar e apresenta um risco de queda sim (E9)</p> |
| E5, E8 | Precauções | Ansiedade | <p>“[...] quando ele vem de outro hospital e coloca em precaução e ele vê você vestir capote, botar a luva, esse é um momento que gera muita ansiedade (E5)</p> |

Fonte: Dados da Dissertação de Mestrado intitulada: “Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem hospitalar”, EEAN, 2015.

Dos treze enfermeiros, três apontaram os **membros superiores e inferiores** (braços e pernas) como um momento de avaliação do estado emocional dos pacientes sob seus cuidados, entretanto não revelaram pistas, que pudessem demonstrar como eram marcadas nos cuidados prestados e, por isso, não foram demonstradas no quadro 03.

A avaliação semiotécnica de braços e pernas na identificação de necessidades relacionadas ao estado emocional pode ser percebida nos gestos das mãos e dos pés (tremores, extremidades frias, por exemplo), na mobilidade no leito da UTI, no grau de dependência de cuidados, podem ser contempladas no exame físico e direciona o enfermeiro para elaboração de diagnósticos de enfermagem com ênfase no cuidado emocional.

A avaliação de **sinais vitais** consiste um momento que marca o estado emocional dos pacientes, na percepção de 10 enfermeiros dos 13 enfermeiros entrevistados.

Alterações fisiológicas são percebidas quando o paciente apresenta estado emocional, observadas por mudanças na pressão arterial, pela taquicardia ou pela dor. Os enfermeiros relataram que as emoções dos pacientes são marcadas pela “**ansiedade**”, pela “**expectativa**” da invasão de privacidade que a internação causa, traduzida no contato físico com o profissional, durante as monitorizações e visitas, que produzem manifestações de “**surpresa**”, “**nervosismo**”, “**medo**” e pode levar os pacientes a alterações no comportamento marcado, inclusive pela agitação psicomotora.

O **nível de consciência** foi outro momento descrito por 10 enfermeiros, com relação ao cuidado com as emoções dos pacientes. Eles afirmaram que as emoções estão presentes durante o exame físico, notadas pelo timbre da voz, pela ansiedade, na interação enfermeiro-paciente.

É um momento de contato visual, que gera sentimentos de confiança e segurança, é interativo na expressão da fala, em que o enfermeiro precisa estar disponível a ouvir angústias e medos, permitindo com que o paciente consiga enfrentar a doença e a condição de internação evitando, inclusive estágios de depressão que afetam a saúde e podem provocar aumento do tempo de permanência nas unidades de terapia intensiva.

A **avaliação das pupilas e mucosas oculares** foi um momento marcado pela “**tristeza**” percebida na internação. O processo saúde-doença e a hospitalização, em geral, são causadores da tristeza e podem evoluir com estados depressivos se não

identificados precocemente pela equipe de saúde. Para isso, precisam ser valorizadas no momento da realização do exame físico.

Alterações no **padrão respiratório** e na **ausculta pulmonar** foram os momentos que marcaram as emoções dos pacientes, percebidas pelos enfermeiros, o que pode estar relacionada à **ansiedade** e **depressão**. Estas emoções constituem marcadores importantes na avaliação emocional do enfermeiro.

Apesar de ter sido descrito pelos enfermeiros como um momento marcado pela ansiedade e depressão, o suporte ventilatório foi considerado uma medida intervencionista para a melhora da condição de saúde, inclusive emocional, mas não se encontrou relação deste suporte com as emoções, mas sim com o padrão respiratório.

A **avaliação nutricional** e **eliminações fisiológicas** foram momentos apontados por 04 dos 13 enfermeiros. Embora não ser valorizada na avaliação da maioria dos enfermeiros, este tipo de avaliação foi marcado pelo “**nervosismo**” e “**medo**”, quando os pacientes manifestam alterações no controle esfíncteriano (diarreia, constipação).

A **avaliação da pele** foi um momento marcado pelo “**nervosismo**”, quando os 04 enfermeiros associaram a **integridade cutânea** com o **risco para lesão da pele**, ou quando percebidas alterações caracterizadas por pruridos ou erupções cutâneas.

Procedimentos relacionados à realização de acesso venoso, de curativos e inserção de sistemas de drenagens (cateteres) foram os momentos que marcaram emoções nos pacientes, gerados pela complexidade das ações dos cuidados, na avaliação de três enfermeiros, decorrente do incômodo, ou mesmo da dor e ansiedade, que causa nos pacientes.

O **risco para queda** foi um momento de avaliação descrito por três enfermeiros, sendo marcado pela “**ansiedade**”, relacionada ao estado de agitação nos pacientes, o que compromete o cuidado prestado.

As **precauções hospitalares**, como por exemplo, a precaução de contato foi descritas por apenas um enfermeiro, porém marcada pela “**ansiedade**”, percebida no momento que o paciente observa a colocação de vestimentas específicas (luvas e capotes), bem como ele passa por exames que invadem seu corpo. Por isso, ele precisa permanentemente ser esclarecido acerca de procedimentos, que invadem sua privacidade e o seu corpo, bem como lhes privam do contato ou colocam em risco a saúde de seus familiares. Apesar de dois enfermeiros terem apontados a precaução como medida, somente um enfermeiro expressou a forma que ele percebe a emoção neste tipo de cuidado.

4.3.3 MARCADORES DA EMOÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem consiste a segunda etapa do processo de enfermagem. A expressão *diagnóstico de enfermagem* foi introduzida no Brasil, por Wanda Horta de Aguiar, na década de 1960 (TANNURE e PINHEIRO, 2014, p. 52).

Para Wanda Horta, o diagnóstico de enfermagem é definido como “a **identificação das necessidades** do ser humano, que precisa de atendimento e a **determinação do grau de dependência** deste atendimento em natureza e extensão” (HORTA, 1979, p. 58).

Segundo a NANDA (2012), o diagnóstico de enfermagem constitui de “**juízo clínico** sobre respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais e proporcionam bases para selecionar intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados”. Este conceito corrobora com a definição da SAE, conforme consta na Resolução COFEN 358/2009.

A taxonomia NANDA é atualmente muito utilizada como sistema de classificação para organizar os diagnósticos de enfermagem, baseados nas respostas da pessoa, família ou coletividade. E foi este sistema de classificação que a Instituição pesquisada se baseou na descrição e elaboração do roteiro de diagnósticos de enfermagem destacados no impresso institucional.

Embora os preceitos de Wanda Horta em identificar problemas e necessidades do pacientes e o grau de dependência deste paciente sejam valorizados para a elaboração de um plano assistencial, a nomenclatura não foi padronizada pela taxonomia NANDA, o que diverge na construção do planejamento de enfermagem.

Neste estudo, foi centrada a taxonomia NANDA, visto que é a metodologia utilizada para o processo de enfermagem da Instituição e assim, facilita o diálogo com os enfermeiros. Percebemos que esta metodologia não é fácil de ser manuseada pelos enfermeiros, mas possuem pensamento crítico para determinar os diagnósticos de enfermagem e associá-los às categorias que definem os problemas identificados.

Portanto, os diagnósticos de enfermagem caracterizados pelos enfermeiros como momentos que marcaram as emoções nas ações de cuidados foram: a comunicação prejudicada (8 enfermeiros), processos familiares interrompidos (9 enfermeiros), mobilidade física prejudicada (6 enfermeiros), dor aguda (3 enfermeiros), déficit de autocuidado (5 enfermeiros), riscos relacionados à queda e úlcera por pressão (4 enfermeiros), padrão respiratório ineficaz (1 enfermeiro), potencial para distúrbio hidroeletrólítico (1 enfermeiro).

Quadro 04: Marcadores da emoção no diagnóstico de enfermagem

| ENFERMEIROS | MOMENTO DO MARCADOR | MARCADOR DA EMOÇÃO | PISTAS DO CONTEXTO |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| E1, E2, E5, E6, E8, E9, E11 | Comunicação prejudicada | Comunicação Impotência Ansiedade Depressão | <p>“Quando se sente com algum déficit, seja de comunicação, sua emoção fica prejudicada” (E1)</p> <p>“Durante a conversa com o paciente conseguimos avaliar as suas emoções. A forma que o mesmo interage com o examinador (E3)</p> <p>“Você tenta se comunicar com ele, ele não consegue se comunicar com você, isso vai gerar uma ansiedade (E5)</p> <p>“Sem comunicação, o cuidado fica prejudicado, o prognóstico não terá continuidade” (E8)</p> <p>“O paciente que não está bem, não consegue falar, ele está deprimido, quase não fala, não responde, prefere ficar calado” (E11)</p> |
| E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E11, E13 | Processos familiares interrompidos | Isolamento social Depressão Ansiedade Insegurança Medo | <p>“A presença ou ausência de familiar pode-se avaliar a emoção do paciente [...] o confinamento associado à ausência de familiares pode afetar a emoção do paciente, prejudicando a recuperação (E4)</p> <p>“Ele se vê sozinho, sem ninguém da família, sem ninguém pra conversar [...] pacientes que você vê que estão deprimidos, desorientados se sente ansioso por não ter uma pessoa que conhece ao lado. É um dos motivos que gera ansiedade ao paciente” (E5)</p> <p>“A família lá fora, uns aceitam bem, outros não aceitam, acham que é o fim a família ficar lá fora, somatiza de uma forma absurda” (E7)</p> <p>“O paciente fora do ambiente familiar, fora de casa, os que são lúcidos eles ficam muito abalados” (E11)</p> <p>“Quando descobre que tem um problema, tem um risco [...] não quer estar perto de pessoas estranhas, se afastam, dá insegurança, tem medo, não sabe se vai sair” (E13)</p> |

| | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|---|
| E1, E2, E5, E9, E10, E11 | Mobilidade física prejudicada | Impotência | <p>“A impotência perante a situação que se encontra” (E2)</p> <p>“Paciente não tem mobilidade, não consegue se mobilizar, ele se sente inútil, incapaz” (E5)</p> <p>“Qualquer coisa que restrinja ele altera o emocional dele” (E9)</p> <p>“Paciente sem mobilidade, fica emocionalmente comprometido, fica bem abalado” (E10)</p> |
| E2, E7, E11 | Dor aguda | Fragilidade Alteração de humor | <p>“É um momento que a gente avalia a emoção, mas vai esperar ele ter dor para avaliar a emoção, não. (E7)</p> <p>“Ele está sentindo dor, acho que altera o humor de qualquer um” (E11)</p> |
| E6, E7, E8, E9, E11 | Déficit para autocuidado | Impotência Tristeza | <p>“Você vê que é um paciente que demonstra deficiência de autocuidado para alimentação, ele se faz de coitado, você vê que ele está fragilizado, ele quer que alguém cuide dele, isso é emoção” (E7)</p> <p>“O paciente que tem sua autonomia em casa, interna e não tem mais essa autonomia, ele depende das pessoas pra dar banho, percebo que a pessoa fica abalada, por não conhecer os seus limites, percebo que eles ficam chateados, tristes (E11)</p> |
| E6, E8, E9, E11 | Riscos de úlcera por pressão e Queda | Impotência Tristeza | <p>“Quanto mais incapaz estiver, pior [...] tem risco de úlcera, ele se sente emocionalmente incapaz, risco de queda” (E9)</p> <p>“Paciente que está muito triste, por saber que não tinha e agora veio pro hospital e está com uma úlcera grave e ele está muito mal” (E11)</p> |
| E2 | Padrão respiratório ineficaz | - | Sem resposta |
| E9 | Potencial para distúrbio hidroeletrólítico | - | Sem resposta |

Fonte: Dados da Dissertação de Mestrado intitulada: “Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem hospitalar”, EEAN, 2015

A **comunicação prejudicada** foi um momento na avaliação dos enfermeiros relacionados à deficiência na “**comunicação**” e suas formas de se expressar, sendo “**ansiedade**” e “**depressão**”, as emoções expressadas devido à necessidade de comunicar.

Os **processos familiares interrompidos**, causados pela privação da família no ambiente de cuidado se encontram, para o paciente, associados à insegurança, refletida quando os enfermeiros descreveram que o isolamento social, caracterizado pelo confinamento, é gerador de “**ansiedade**” e “**medo**” e podem levar à situações depressivas.

Mobilidade física prejudicada, déficit de autocuidado e riscos de úlcera por pressão e de queda foram os momentos marcados pela “**impotência**”, sendo este o marcador de maior frequência, inclusive relacionado à comunicação prejudicada.

Estes diagnósticos estiveram relacionados com a incapacidade de mobilizar, autocuidar e evitar riscos nos processos de cuidar. As restrições marcaram a emoção “**tristeza**”, devido a perda da autonomia decorrentes dos limites adotados pela hospitalização.

A **dor aguda** foi o diagnóstico de enfermagem que esteve relacionado à “**fragilidade**” e “**alteração do humor**”, na avaliação de três enfermeiros, pois agregaram valor à dor, decorrente das circunstâncias do processo saúde-doença.

O **padrão respiratório ineficaz** foi apontado por um enfermeiro como um momento do marcador da emoção nos cuidados, entretanto ele não informou de que forma acontece a sua avaliação emocional, diante da necessidade de respirar, embora se saiba que alteração respiratória favoreça a situações emocionais, principalmente geradoras de ansiedade.

O **potencial para distúrbio hidroeletrólítico** foi um momento apontado por um enfermeiro. Ele não forneceu pistas que relacionasse a sua avaliação com este diagnóstico, mas revelou o conhecimento de que alterações metabólicas se encontram associadas com determinadas emoções.

Outros diagnósticos de enfermagem poderiam estar presentes nesses pacientes, mas o impresso institucional não fornece condições para se elaborar ou inserir novos diagnósticos pelos enfermeiros, o que carece de reformulação deste impresso, pautado na avaliação e julgamento clínico dos enfermeiros, que favorecem a inserção de novos diagnósticos de enfermagem, com base nas respostas obtidas no histórico de enfermagem e melhoria dos registros dos enfermeiros, inclusive do estado emocional.

4.3.4 MARCADORES DA EMOÇÃO NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Esta subcategoria descreveu a avaliação das emoções dos pacientes no contexto de realização da prescrição de enfermagem pelos enfermeiros.

A prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas que direcionam a assistência de enfermagem ao paciente, de maneira individualizada e contínua, com vistas aos cuidados voltados à prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde (FIGUEIREDO et al, 2011, p. 12).

Horta (1979, p. 66) define a prescrição de enfermagem como “um roteiro diário ou aprazado, que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”. Ou seja, a prescrição de enfermagem é o instrumento que norteia os cuidados a serem realizados de acordo com a avaliação dos enfermeiros, baseados nas necessidades dos pacientes e nos diagnósticos de enfermagem. Esta é a quarta etapa do processo de enfermagem, a implementação das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

A terceira etapa não foi descrita no estudo por não conter esse instrumento para nortear os cuidados, sendo instituída a prescrição de enfermagem sem se pautar em um planejamento da assistência de enfermagem, mas voltada para as necessidades diárias dos pacientes de acordo com a avaliação dos enfermeiros.

O plano assistencial, para Horta (1979), é “a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido, sendo resultante do diagnóstico de enfermagem, examinando os problemas e necessidades identificadas e o grau de dependência”. Isto demonstra que, por ora, não houve essa visão global da assistência, supondo-se que sejam avaliadas somente de acordo com as necessidades diárias de cada indivíduo, o que dificulta um planejamento de enfermagem para este paciente a médio ou longo prazo.

Os momentos que as emoções dos pacientes foram marcadas, descritas pelos enfermeiros, na preservação da segurança e manutenção do conforto, na avaliação de sinais vitais, do nível de consciência, do risco de queda, nos processos assistenciais, na observação do enfermeiro com o paciente e com a presença da família no contexto hospitalar. Dos treze enfermeiros, oito que não conseguiram associar a prescrição de enfermagem com as emoções do paciente sob seus cuidados (E1, E2, E3, E4, E6, E9, E11, E13), demonstrando que suas habilidades precisam ser trabalhadas na aplicação das ações de cuidar.

Quadro 05: Marcadores da emoção na prescrição de enfermagem

| ENFERMEIROS | MOMENTO DO MARCADOR | MARCADOR DA EMOÇÃO | PISTAS DO CONTEXTO |
|-------------|-------------------------|------------------------------|--|
| E5 | Conforto | Ansiedade | “Se o paciente está confortável , está bem, diminui a ansiedade , manter objetos pessoais próximos, deixar a campainha próxima do paciente” |
| E7 | Sinais vitais | Alteração fisiológica | “Pode indicar uma alteração fisiológica , mas também uma alteração emocional” |
| E7 | Nível de consciência | Aproximação/ Comunicação | “É um ato de proximidade do paciente e ele se abre , você observa pelo olhar , a postura dele no leito, as palavras que ele usa” |
| E7 | Risco de queda | Agitação | “Risco de queda é avaliado quando você vê se ele está agitado ” |
| E8 | Processos assistenciais | Objetivação | “A partir do exame físico e coleta da história pregressa e do diagnóstico de enfermagem , a prescrição de enfermagem será confeccionada baseada nos fatos evidenciados e propostos” |
| E10 | Observação | Nervosismo/ Tensão emocional | “Está elaborando em cima do que a gente está vendo no paciente , de acordo com o emocional dele, quando internam ou estão internados ficam nervosos, tensos ” |
| E12 | Família | Isolamento social/ Depressão | “Tem paciente que fica sozinho , eles acabam deprimindo . Dentro do CTI tem tendência a desorientar, sem acompanhante fica pior ” |

Fonte: Dados da Dissertação de Mestrado intitulada: “Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem hospitalar”, EEAN, 2015

Em relação ao momento de **conforto**, quando o enfermeiro dá importância na prescrição de enfermagem, as emoções marcaram o paciente quando ele se sente confortável, por ter acesso aos seus objetos pessoais, conferindo autonomia as tomadas de decisões, durante a realização dos cuidados, ou quando necessita de auxílio para determinada atividade, pois a limitação no leito pode transmitir sinais de ansiedade e desconforto.

Para promoção do conforto, é necessário valorizar a autonomia dos pacientes, seus valores e crenças, expectativas dos familiares, que devem ser considerados sujeitos nas relações com os profissionais e pacientes.

Em relação aos **sinais vitais**, as emoções marcam as ações de enfermagem quando o paciente tende a uma alteração, que é fisiológica e é corporal. As alterações fisiológicas observadas nos sinais vitais são o aumento da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, a respiração acelera, a temperatura aumenta.

A avaliação do **nível de consciência** pelo enfermeiro demonstram as emoções marcadas quando se referem à aproximação e à comunicação com os pacientes.

No que diz respeito ao **risco de queda**, as emoções marcaram quando os pacientes apresentam agitação, o que indica que algo está o afetando emocionalmente e precisa ser compreendido pela equipe de enfermagem.

Os **processos assistenciais** marcaram emoções na prescrição de enfermagem, na visão dos enfermeiros, quando descrito que a coleta da história pregressa, exame físico e diagnóstico de enfermagem demarcam objetividade do registro da emoção. Entretanto, não foi evidente essa ação nos cenários de prática.

A **observação** das emoções nos pacientes foi marcada pela atenção nas ações de cuidados, quando descrito que ficam tensos e nervosos diante da internação. A observação é voltada para a atenção quanto às tensões emocionais desses pacientes no processo de hospitalização e precisa ser vigilante.

A presença da **família** constitui um momento importante como marcador da emoção dos pacientes, quando se compreende a necessidade desse familiar estar perto do paciente, da compreensão da própria equipe quanto à essa necessidade, pois o isolamento social pode levá-los, principalmente a estágios de depressão e agitação.

4.3.5 MARCADORES DA EMOÇÃO NA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Esta subcategoria trata da avaliação das emoções dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva, durante a realização da evolução de enfermagem. Os enfermeiros expressaram suas impressões acerca de como percebem as emoções durante o seu registro.

A evolução de enfermagem se refere à quinta etapa do processo de enfermagem e consiste no registro realizado pelo enfermeiro após avaliação do estado geral do paciente. Horta (1979) refere que a evolução de enfermagem é:

“o relato diário ou periódico de mudanças ocorridas no indivíduo, consta de uma avaliação global do plano de cuidados”. (HORTA, 1979)

Segundo Horta, a evolução de enfermagem pode responder ao prognóstico do paciente, correspondendo à sexta etapa do processo de enfermagem estabelecida pela teórica. O prognóstico é a estimativa da capacidade do ser humano em atender a suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem, é também um meio de avaliação do processo em si (HORTA, 1979, p.68).

A avaliação de enfermagem que consiste na quinta etapa do processo de enfermagem, segundo a Resolução COFEN 358/2009, depende da avaliação inicial do paciente que identifica as necessidades, para elaboração de diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, da prescrição de enfermagem para que, na evolução de enfermagem seja avaliada se foi atendida e se precisa ser inserido novos cuidados. Essa etapa é que vai determinar os resultados esperados para uma assistência de enfermagem de qualidade, através dos registros da equipe no prontuário determinando os cuidados prestados pela equipe de saúde, o que se inclui os cuidados com as emoções.

A avaliação das emoções dos pacientes, na realização da evolução de enfermagem, descritas pelos enfermeiros, foi identificada nos momentos de coleta de dados de enfermagem (3 enfermeiros), observação e vigilância (3 enfermeiros), realização de exame físico (2 enfermeiros), Interação enfermeiro-paciente (1 enfermeiro), relação com a família (1 enfermeiro) e os riscos que ele se depara na internação (1 enfermeiro). Apesar de os depoimentos demonstrarem interesse por parte dos enfermeiros em relação ao contexto emocional dos pacientes, percebeu-se que na prática, as evidências tornam-se pouco produtivas, o que interfere na continuidade da

assistência prestada e na avaliação global deste paciente. Ainda carece de comprometimento dos enfermeiros quanto à melhorias dos registros na sua assistência.

Quadro 06: Marcadores da emoção na evolução de enfermagem

| ENFERMEIRO | MOMENTO DO MARCADOR | MARCADOR DA EMOÇÃO | PISTAS DO CONTEXTO |
|-------------------|--|------------------------------------|---|
| E1 | Anamnese | Registro | “Colho dos dados para realizar um planejamento visando o seu emocional ” (E1) |
| E2 | Anamnese | Registro | “Após a anamnese, eu relato no prontuário ” (E2) |
| E3 | Observação | Percepção | “Você relata a forma que o paciente se encontra ” (E3) |
| E4 | Riscos | Risco | “A emoção é avaliada a partir dos riscos que o paciente se enquadra” (E4) |
| E5 | Exame físico | Ansiedade Tristeza Depressão | “Você fez o exame físico, você vê que ele está ansioso e você vai relatar paciente lúcido e orientado, porém ansioso relacionado à cirurgia que vai fazer, ansioso relacionado ao estado deprimido, choroso, devido ausência de familiares ” (E5) |
| E7 | Observação | Queixa Dor, confusão | “É a nossa forma de dizer como ele se encontra, se está queixoso, se está sentindo dor, com períodos de confusão , coloco entre aspas para deixar claro as palavras dele” (E7) |
| E10 | Observação, Anamnese, Exame físico | Registro Aproximação | “Você vai descrevendo todo o contexto que percebeu com a sua anamnese, o seu contato que teve ali, seu exame físico” (E10) |
| E11 | Interação | Conhecimento Comunicação | “Eu descreveria se o paciente está lúcido, se ele está interagindo , se ele está falando, expondo seus sentimentos, seus problemas, se ele consegue falar de sua doença , se ele consegue aceitar , se ele consegue identificar que ele está no hospital para tratamento, se ele tem noção do seu quadro, da sua gravidade ” (E11) |

Fonte: Dados da Dissertação de Mestrado intitulada: “Identificação de marcadores da emoção no processo de cuidar em enfermagem hospitalar”, EEAN, 2015

Dos treze enfermeiros, cinco não descreveram como registram as emoções dos pacientes na evolução de enfermagem (E6, E8, E9, E12, E13), o que supomos que não deram relevância a esse cuidado na sua prática assistencial. Conforme consta no artigo 1º da Resolução 429/2012:

“É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência” (COFEN, 2012).

Não registrar a emoção na evolução de enfermagem pressupõe o enfermeiro ter cumprido apenas parte das etapas do processo de enfermagem, desde a internação. A evolução de enfermagem visa avaliação geral das condições de saúde do paciente, inclusive do ponto de vista emocional, atendendo ao planejamento da assistência previamente elaborado.

Os enfermeiros destacaram a **anamnese** como um momento relacionado com a evolução de enfermagem, diante da avaliação emocional. Tratamos aqui a anamnese como a fase inicial de coleta de dados e informações de saúde do paciente, visto que esta terminologia, embora muito utilizada por diversos autores, é preconizada pelo modelo biomédico. Portanto, valorizamos a coleta de dados pautados nas teorias de enfermagem descritas nas literaturas, bem como na Resolução vigente.

Quando o enfermeiro descreve a coleta de dados, baseadas na realização de determinado planejamento, as emoções foram marcadas pelo “**registro**” da emoção, após sua avaliação.

O enfermeiro E5 relacionou a sua avaliação emocional atrelada ao **exame físico**, destacando-o como momento que marca a emoção. Este momento foi marcado pela “**ansiedade**”, “**tristeza**”, e “**depressão**”, relacionada ao desconforto sobre os procedimentos e pela ausência de familiares, sinais percebidos na abordagem das prescrições.

Os momentos da coleta de dados e do exame físico, quando contemplados, transmitem confiança entre paciente e enfermeiro, permitindo-lhe assim um registro sobre o paciente, que identifique sinais e sintomas indispensáveis ao seu tratamento, prevenindo complicações. Quando o corpo e a mente sofrem, a pessoa é afetada na sua

totalidade, portanto é fundamental que o enfermeiro assista e avalie o paciente em uma visão holística no tocante aos aspectos biopsicossociais e espirituais. (SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011).

No que concerne à **observação** como instrumento técnico para a avaliação emocional, foi um momento integrado à evolução de enfermagem, quando as emoções foram marcadas pela “**percepção**” das emoções no contexto de internação, na unidade de terapia intensiva.

A **interação** é um momento importante que determina a avaliação da emoção do paciente nas unidades de terapia intensiva. As emoções foram marcadas pelo “**conhecimento**” das informações relacionadas ao estado de saúde, que permite a compreensão da necessidade da hospitalização, bem como a “**comunicação**” relacionada à exposição dos sentimentos, da doença e aceitação de suas limitações.

As emoções foram marcadas na **ausência da família**, pela própria condição de hospitalização, onde o paciente é privado da presença permanente da família durante a internação.

Os **riscos** relacionados aos processos assistenciais quanto à prevenção de úlcera por pressão e de queda também constituíram momentos, que marcaram as emoções no depoimento do enfermeiro E4. Risco, no sentido objetivo da palavra, significa a possibilidade de perigo, incerto, mas previsível, que ameaça de dano à pessoa ou a coisa (MICHAELIS, 2009). Segundo o INCA, o termo risco é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, adquirir uma doença.

O marcador da emoção, nesse sentido, é o próprio risco, pois o paciente manifesta emoções quando se expõe ao risco, que é a doença, os profissionais, os cuidados, o ambiente do cuidado, ou seja, todos os contextos envolvem riscos, o que tende a alterar o seu estado emocional.

4.4 EMOÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DEMARCANDO RESPOSTAS DE CUIDADOS

As respostas de cuidado surgiram a partir de suas reflexões sobre a importância da avaliação das emoções no cuidado de enfermagem prestado nas unidades de terapia intensiva. Foram caracterizadas como um “cuidar” amplo, onde os enfermeiros constataram que era preciso a realização de mudanças quanto ao olhar do enfermeiro no que tange às emoções dos pacientes internados em unidades complexas com a terapia intensiva.

Quadro 07: Temas/Elementos das respostas de cuidado

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---|
| RESPOSTAS DE CUIDADO | Autoconhecimento | <p>“Ter olhar crítico e reflexivo, valorizar angústia” “se está ansioso” (2) “Observar ansiedade” “influencia na terapêutica” “Usa palavras de forma positiva” “Passar positividade” “Conhecer o paciente” “Atenção e cuidado, na conversa, na fala, no toque” “Ajudá-lo a se sentir confiante” “Avaliar informações” “Minimizar para ficar tranquilo” (2) “Entender demandas do cuidar” “Oportunidade de expressar evidências” “Começando carreira, não dá importância” “Saber o emocional, um suporte”</p> |
| | Cuidar físico-objetivos | <p>“Alterações nos sinais vitais” “Altera sinais vitais a outro parâmetro” “Registra uma alteração, uma pressão alta” “Parâmetros vitais” “Perceber parâmetros alterados” “Criar parâmetros” “Observação física e psicológica” “Fica hipertensa, atribui emoção” “Avalia todos os momentos”</p> |
| | Cuidar Ação | <p>“Sabermos traçar plano de cuidados” “Traçar um programa para amenizar impacto” “Traçar um atendimento eficaz” “Tenta corrigir, traçar cuidados” “Traçar cuidados e condutas” “Atentar aos riscos, ao ambiente, traçar condutas” “Nortear cuidado” (2) “São determinantes para condutas” “Melhorar o processo para resultados positivos” “Registro da emoção” (2) “Passar conforto, ajudar no tratamento” “Passar para o médico”</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | “Passar orientações ” “ Criar contato ” |
|--|--|--|

Destacamos algumas reflexões onde a avaliação acerca das emoções foi importante, sendo classificados por aspectos: filosóficos, físico-objetivos e ações.

As respostas de cuidado sob aspecto do **autoconhecimento** correspondeu ao desenvolvimento do **pensamento crítico** sobre as ações de cuidar.

Para Alfaro-Lefreve (2010), o pensamento crítico é entendido como raciocínio cuidadoso, deliberado e focalizado em resultados, motivado pelas necessidades do paciente, da família e da comunidade. É possível então considerar que perpassa por todas as etapas do processo de julgamento clínico proposto pelo processo de enfermagem.

Pensar na avaliação emocional no cuidado realizado na terapia intensiva pelo enfermeiro pressupõe que ele possua habilidades para compor tomadas de decisões no contexto de cuidado. Entende-se que a tomada de decisão para se realizar diagnóstico de enfermagem envolve habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes por parte do profissional (LUNNEY, 2010).

A existência de fragilidades observadas na assistência, quanto à avaliação das emoções nos cuidados prestados nas unidades de terapia intensiva, pressupôs a necessidade em sugerir o desenvolvimento dos enfermeiros em relação às suas competências e habilidades. Esse pensamento emergiu quando os enfermeiros relataram não perceberem um instrumento para se avaliar a emoção em sua assistência prestada.

Em primeira instância, entendemos que o aprimoramento das competências e habilidades relacionadas aos aspectos técnico, intelectual e interpessoal na gestão das emoções pode contribuir para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, no contexto hospitalar. E para desenvolver tais competências, o enfermeiro deve possuir habilidades de comunicação e prática reflexiva acerca do cuidado de enfermagem (NANDA, 2014, p. 116; VILELAS e DIOGO, 2014).

Em relação às competências interpessoais, a comunicação é a base. É o eixo principal das relações de cuidado. Através da comunicação verbal ou não-verbal, o enfermeiro influencia nas atitudes e comportamentos dos pacientes e o contagia emocionalmente, de maneira positiva ou negativa e o faz agir.

Comunicar-se durante o cuidado permite que o corpo comunique, verbalmente ou não, considerando aspectos relacionados à motivação e a capacidade para cuidar. Mas é necessário que, após término deste cuidado, todo o processo de cuidar seja avaliado, no que tange a reação do paciente, o ambiente e o contexto envolvido, implicando inclusive em análise reflexiva sobre a ação realizada (WALDOW, 2012).

É nesse sentido que as emoções se expressam, pois sem as interações, não é possível cuidar. As ações do cuidado desencadeiam sentimentos emocionais, que demandam respostas afetivas ou não e necessitam de ser avaliadas constantemente pelos enfermeiros.

Conhecer o paciente, buscando ter atenção e cuidado na fala, no toque são expressões humanas, que produzem emoções positivas e geram confiança, auxiliando-o no tratamento e nas relações de cuidado, pois entendendo as demandas do cuidado, podemos dar suporte emocional, para minimizar o sofrimento da internação.

Cuidar não constitui um ato isolado, leva em consideração as dimensões sociais, culturais e econômicas do indivíduo. Ao cuidar do outro, o enfermeiro desenvolve habilidades pessoais como empatia, delicadeza, otimismo, paciência, fornece suporte e tranquilidade, alivia tensões e angústias e, principalmente, conhece o paciente, auxiliando-o e gerenciando o cuidado de suas emoções relacionadas ao processo saúde-doença (VILELAS e DIOGO, 2014).

Para desenvolver suas habilidades pessoais, é necessário que haja disponibilidade por parte do enfermeiro, não apenas em se relacionar, mas em saber ouvir atentamente, utilizando os seus sentidos (audição, tato, paladar, visão e olfato). Ele precisa desenvolver inclusive a escuta sensível, compreendendo o outro em sua totalidade complexa do corpo, através da existência humana, da imaginação, da razão e do afeto (BARBIER, 2002). Escutar é a ação de estar atento ao que é dito e expresso por gestos e palavras, ações e emoções (CERQUEIRA e SOUZA, 2011, p.17).

Acreditamos que, durante os cuidados realizados pelos enfermeiros, emoções e sentimentos estiveram presentes nos pacientes em todas as suas experiências de cuidado, seja nos procedimentos ou nas relações humanas, tornando essencial a disponibilidade da escuta sensível.

As competências intelectuais se relacionam ao conhecimento e o pensamento crítico (WALDOW, 2012; NANDA, 2014). Tal conhecimento está relacionado a conhecer a si próprio para compreender o outro, além do conhecimento técnico-

científico foi concebido na formação favorece ao pensamento crítico acerca dos cuidados realizados na prática assistencial.

O enfermeiro E13 apontou para tal reflexão quando salienta que, no âmbito acadêmico, as emoções não contemplam um conteúdo discutido por estudantes de enfermagem, entretanto quando se deparam com a vivência, tendem a desenvolver essas habilidades durante suas experiências de cuidar.

“[...] quando começa a graduação, não focam isso, você adquire experiência e acaba conversando, observando que ele tem que ser confortado. A faculdade te forma, pratica técnicas, condutas e continua praticando, deveria inserir na graduação” (E13).

Portanto, acreditamos que seja possível explorar as emoções nos enfermeiros, através dos processos de educacional e de formação, no que tange ao desenvolvimento de resultados de suas práticas assistenciais (VILELAS e DIOGO, 2014).

É natural o surgimento de emoções e sentimentos, diante de procedimentos técnicos. Eles revelam mecanismos de fuga ou de defesa dos pacientes, em relação aos cuidados de enfermagem – ação/reação. No entanto, quando o enfermeiro interage com o paciente, esta relação o faz compreender e cooperar modificando suas reações emocionais, demonstrando não somente habilidades técnicas, mas também relacionais.

Apesar de os enfermeiros não demonstrarem suficiente conhecimento acerca das emoções, eles precisam se aproximar das fragilidades dos pacientes durante a internação, inclusive no que tange aos procedimentos técnicos, associados ao processo saúde-doença.

É esse autoconhecimento que auxilia o enfermeiro a realizar as atividades técnicas com competência, em um processo reflexivo, centrado nas necessidades do ser humano, indo além do *saber fazer* (VILELAS e DIOGO, 2014; WALDOW, 2012; NANDA, 2014; PEREIRA, ROBEIRO, DEPES et al, 2013).

Acreditamos que o enfermeiro necessita aplicar o desenvolvimento de suas competências e habilidades no que tange a avaliação emocional dos pacientes, do mesmo modo que avalia o contexto clínico-patológico.

Dessa forma, os enfermeiros adquirem habilidades cognitivas que envolvem os processos mentais, determinados pela consciência e que envolvem a intuição, criatividade, flexibilidade e a confiança (WALDOW, 2012). Quando as relações

humanas acontecem, o enfermeiro consegue compreender o outro nas interações e essa troca propõe o crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, o aprendizado.

Cabe a ele registrar suas impressões diagnósticas, pautadas nas necessidades emocionais que o paciente demanda e inserir no planejamento de cuidados prestados pela sua equipe e, permanentemente, realizando avaliações dos processos assistenciais para melhorias de qualidade do seu cuidado.

É necessário que seja desenvolvido seu conhecimento sobre as competências emocionais, buscando embasá-los em suportes teóricos que subsidiam sua prática assistencial em prol dos pacientes, principalmente os que se encontram hospitalizados.

Para que haja reflexos na mudança de comportamento do enfermeiro, ele precisa desfragmentar suas ações, que dão apoio ao modelo considerado hegemônico e biomédico existente e, como têm sido amplamente discutido na área científica, carece de ampliar a análise crítica sobre o ser humano como integrante do seu cuidado.

Em acordo com Bittencourt e Crossetti (2013), acreditamos que se torna essencial aprofundar conhecimentos sobre o pensamento crítico na formação do enfermeiro, para compreender suas principais dificuldades, na aplicação das habilidades cognitivas no processo de enfermagem.

O enfermeiro E3 não forneceu respostas sobre recomendações acerca das emoções, porém na pesquisa a ausência é resposta. Certamente, ele repensou sua prática nos cuidados com as emoções ao decorrer da pesquisa. Ao observar as análises acerca das emoções, foi notável a ausência de respostas (19 vezes correspondendo a 61% dos participantes).

É preciso dar atenção às questões da pesquisa, pois alguns participantes não terem se pronunciado quanto à elaboração de respostas sobre os cuidados com as emoções nos fez pressupor que pesquisar durante o trabalho, não é tarefa fácil. A disponibilidade para a pesquisa exige além de domínio técnico-científico, a organização de pensamento, o que é comprometido durante a prática assistencial.

Esperamos que o enfermeiro venha a refletir sobre os aspectos inerentes às necessidades emocionais dos pacientes no seu processo assistencial. Assim como os demais enfermeiros, acreditamos que tenham sido atingidos nossos objetivos quanto às mudanças no pensamento sobre os cuidados prestados acerca das emoções nas unidades de alta complexidade.

Emoções emergiram nas respostas dos cuidados: Interesse (6); Alegria/positividade (2); Ansiedade (2); Angústia (1); Confiança (1); Tranquilidade (1); Carinho (1).

As emoções positivas predominaram nos discursos dos enfermeiros, sendo que o interesse mais freqüente. Apesar de não ser considerada uma emoção, segundo a classificação de Damásio (2011), o interesse motiva o ser humano, o impulsiona a melhorar a sua condição de saúde principalmente em situação de perigo, o que para o paciente é revelada no processo de internação no ambiente complexo da terapia intensiva. A motivação é uma habilidade essencial da emoção, ele funciona como um estímulo que gera um sentimento de bem estar e prazer.

A positividade presente em dois depoimentos fortaleceu a capacidade de comunicar com o enfermeiro, quando ele “usa palavras positivas” ou “passa positividade”. A confiança, tranquilidade e carinho foram emoções que demonstraram como o paciente pode se sentir melhor em uma situação de internação hospitalar.

Quando o enfermeiro possui interesse nas suas ações de cuidar, ele revela emoções no paciente que são expressas pelo carinho, quando ele fala, toca o outro, pela confiança, causando efeitos de calma e tranquilidade, que determinam os sentimentos emocionais. Essa positividade é que vai influenciar diretamente na terapêutica e melhorar as relações de cuidar.

A ansiedade e a angústia foram valorizadas no sentido de reduzir seu nível de estresse decorrente da situação de internação, sendo de grande importância as ações intervencionistas para minimizar essas emoções negativas.

Araújo (2000) considera o coração como um sentido corporal por influenciar a percepção dos demais sentidos. É o coração que motiva o enfermeiro a interação no cuidado e perpassa por todas as emoções positivas nas relações de cuidar em enfermagem.

Sob aspecto **físico-objetivo**, os cuidados com as emoções foram baseados no que era vivenciado na sua prática assistencial, na objetividade dos cuidados identificados pelas “*alterações dos sinais vitais*”, onde houve relação entre o que era observado (físico) e registrado (objetivo).

Os núcleos “observar”, “perceber alterações”, registrar parâmetros”, “avaliar momentos”, deram o sentido à essa análise, quando entendeu-se que qualquer mudança na condição de saúde do paciente são importantes quanto à sua avaliação emocional.

As emoções produzem alterações fisiológicas, quando desencadeia um complexo mecanismo que envolve ativação do sistema nervoso simpático e do sistema endócrino, provocando respostas fisiológicas e hormonais. O mecanismo envolve um efeito excitatório, através da ativação do hipotálamo no sistema nervoso simpático, liberando catecolaminas (noradrenalina e adrenalina) no sangue. Esse efeito adrenérgico produz constrição arterial, devido à descarga de energia provocada pelos neurotransmissores e, assim, podem ser observados os efeitos nos músculos lisos do coração, intestino, estômago, pulmões, vasos esqueléticos. (KNOBEL, 2010; BRUNNER, 2011; CARVALHO, 2014).

Mediante esta análise, as alterações nos sinais vitais são comumente presentes em situações emocionais, pois o coração é o músculo que envolve mecanismos adrenérgicos, que mantém o funcionamento da bomba vital e, quando ocorre uma determinada mudança no corpo, a emoção é expressada no aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca.

O paciente sente as alterações corporais e, na unidade de terapia intensiva, geralmente ele verbaliza, pois as sensações viscerais provocam manifestações que geram medo e ansiedade e precisam ser controladas, para manter a homeostasia corporal. Mas na pesquisa não foram verbalizados pelos enfermeiros as emoções percebidas nos pacientes, quando avaliam as emoções nos cuidados prestados.

O enfermeiro deve conhecer os mecanismos fisiológicos do corpo, para compreender as alterações decorrentes de situações emocionais. Dessa forma, ele poderá intervir, além das habilidades interpessoais, com habilidades técnicas adequadas ao gerenciamento do cuidado com as emoções.

Para isso, ele precisa entender o contexto que o paciente se encontra para fornecer um planejamento assistencial diretivo e individualizado, pois as respostas corporais são únicas a cada indivíduo, mesmo que os mecanismos biológicos sejam semelhantes.

Sob aspecto da **ação de cuidar**, o cuidado foi compreendido como algo que deveria nortear a assistência.

Os enfermeiros focaram suas respostas relacionadas a traçar condutas, freqüentes nos depoimentos de seis enfermeiros, no sentido de *amenizar o impacto emocional, realizar um atendimento eficaz, tentar solucionar o estado emocional, atentar aos riscos, nortear cuidados*, sendo estes integralmente *determinantes para condutas*.

Estas respostas se referiram aos cuidados com as emoções com foco na qualidade do cuidado de enfermagem, pois se observou uma preocupação em diminuir os riscos potenciais relacionados à assistência, favorecendo com isso a satisfação do paciente nas ações de cuidar. Mudanças em prol da qualidade puderam ser notadas na postura dos profissionais de saúde, os quais apresentam preocupação crescente com a melhoria contínua, visando a excelência dos serviços (PADILHA e MATSUDA, 2011).

Os enfermeiros puderam expor esse pensamento quando referiram que melhorar o processo *resulta em resultados positivos*. O *registro da emoção* foi citado por dois enfermeiros como um indicador importante para os cuidados de enfermagem nas unidades de terapias intensivas. É viável que o enfermeiro compreenda os processos assistenciais que permeiam os cuidados com as emoções, para elaborar o seu planejamento assistencial focado no paciente, de forma individualizada.

Essas ações geram conforto e segurança para o paciente, pontos essenciais para a qualidade da saúde em unidades hospitalares. É necessário integrar a equipe de saúde quanto às orientações ao paciente e sua família, relacionadas à condição de saúde, de forma que sejam participativos nas ações de cuidar. Esse vínculo entre a tríade paciente-equipe-família auxilia nas relações e permitem a comunicação efetiva no processo de cuidar. Observa-se a necessidade de maior envolvimento e compromisso por parte dos sujeitos, no sentido de que a qualidade nos serviços por eles prestados seja efetiva (PADILHA e MATSUDA, 2011).

A qualidade do cuidado de enfermagem tem como objetivo melhorar os processos de trabalho, tanto gerenciais e administrativos, como assistenciais. Na enfermagem, essa cultura ainda é uma novidade, apesar de já haver uma intensa mobilização dos serviços de saúde em elaborar protocolos e indicadores com foco na melhoria da qualidade da assistência prestada.

4.5 CUIDADOS COM AS EMOÇÕES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Alguns elementos essenciais foram apresentados para os cuidados com as emoções pelos enfermeiros, na possibilidade de melhorias em relação à avaliação emocional dos pacientes e de seus registros.

A partir das análises, entendemos que o enfermeiro precisa reconstruir a sua assistência para melhor organização e planejamento dos cuidados de enfermagem. Na verdade, o processo de enfermagem na prática do enfermeiro ainda se encontra em aprendizagem e isso se reflete nas suas ações de cuidado.

Nesse sentido, ressaltamos que valorizar a busca pelo aprimoramento dos registros das emoções na assistência de enfermagem, fortalecer a perspectiva da humanização através de suporte emocional e desenvolver competências nos enfermeiros favoreça boas práticas nos cuidados com as emoções.

4.5.1 MELHORIAS QUANTO AOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

O registro das emoções denotou o eixo norteador na avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros nas unidades de terapia intensiva. Ele representa a evidência no processo de trabalho do enfermeiro e, quando fragmentado, diminui a possibilidade de continuidade das avaliações junto à equipe de saúde.

Recomendações foram descritas quanto à avaliação emocional dos pacientes nos registros de enfermagem, tornando-se evidente que embora aconteça de modo subjetivo, as emoções não foram contempladas no registro dos enfermeiros. Dessa forma, o planejamento das ações de enfermagem sobre as necessidades emocionais durante a internação não acontece.

Os núcleos de sentido “emoção no histórico”, “emoção durante admissão”, “um histórico melhor, para escrever mais”, “relacionar diagnóstico com a emoção”, “conhecer para escrever”, “emoção na anamnese” indicaram melhorias no processo de enfermagem percebendo portanto, que ainda existem lacunas no conhecimento acerca das necessidades psicofetivas e emocionais dos pacientes na assistência prestada.

“Avaliação sobre a emoção do paciente incluso no histórico de enfermagem” (E2)

“Avaliar a emoção durante admissão e ao longo da internação” (E4)

*“[...] uma forma de se evoluir, a orientação que se dá, nos pegamos a não escrever, um **histórico de enfermagem melhor, para escrever mais**, ter uma visão melhor da ansiedade do paciente” (E5)*

*“**relacionar o diagnóstico de enfermagem com a emoção do paciente [...]**” (E6)*

*“[...] seria a primeira coisa que deveria saber, **conhecer para escrever**, em nível de histórico ou evolução” (E9)*

*“O registro da **emoção eu colocaria na anamnese**, porque **parte do princípio, desde o primeiro contato**” (E10)*

Foi evidente, para maior clareza dos enfermeiros, que inserir a avaliação da emoção no histórico de enfermagem, quando descrevem que a emoção precisa estar contemplada na admissão, o que inclui a anamnese e ressaltaram a importância de se registrar mais e, principalmente, conhecer o paciente.

Essa ausência identificada por eles sobre os registros das emoções nos cuidados prestados foi justificada pela condição de não haver um instrumento que direcione às necessidades emocionais, ocultando suas impressões e orientações nesse sentido, durante a sua avaliação.

Como já é sabido, o histórico de enfermagem é a etapa na qual contempla a anamnese e conhecer a história de saúde, bem como as condições psicossociais e hábitos de vida. Esta etapa norteia o indivíduo como um todo e a forma que ele interage com o ambiente (SANTOS, VEIGA E ANDRADE, 2011).

Essa afirmativa contribui com os princípios adotados por Wanda Horta, quando propõe uma visão holística e integral, capaz de compreender o ser humano em todas as dimensões humanas.

A avaliação emocional sempre esteve vinculada à assistência de enfermagem, principalmente no que diz respeito às necessidades psicossociais. O enfermeiro necessita conhecer o indivíduo para entender o processo de saúde-doença. Mas é preciso que haja uma relação de confiança e empatia e ele seja o emissor das informações, pois somente ele é capaz de verbalizar o que sente, embora expressões não verbalizadas possam ser percebidas nessa interação.

Cuidar constitui um processo relacional, um meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos, que envolve um conjunto de dimensões sociais, culturais e econômicas de cada ser, em cada cuidado (VILELAS e DIOGO, 2014). Esse ser é composto de características objetivas e subjetivas, onde a objetividade é mais facilmente identificada e reconhecida, enquanto a subjetividade necessita de maior sensibilidade

para ser descoberta (CERQUEIRA e SOUZA, 2011, p. 18) e precisam ser exercidas pelos enfermeiros.

Machado e Figueiredo (2010), em seu estudo sobre os registros de enfermagem, reafirmaram o que foi nítido perceber, quando dizem que “sem registrar adequadamente, não saberemos o que diagnosticam”. É assim que se encontram os enfermeiros, quando não revelam cuidados com os aspectos emocionais, pois não interpretam a emoção como uma necessidade a ser atendida, não sentem a emoção revelada na comunicação com o paciente e se delimitam em registrar sua avaliação no que é visto, porém não observado.

Além disso, os processos gerenciais do cuidado em unidades de terapia intensiva contribuem por diminuir o tempo disponível para uma assistência integral aos pacientes, principalmente no que se refere ao aspecto emocional. Por certas vezes, os enfermeiros se utilizam de estratégias para selecionar os pacientes que exigem maior necessidade de cuidados. Embora a vigilância seja realizada a todos os pacientes, alguns precisam de prioridades de assistência, com maior proximidade.

Os entraves assistenciais acontecem, em geral, por estar relacionados a um dimensionamento inadequado do pessoal de enfermagem, afetando diretamente na carga de trabalho dos enfermeiros, pelo fluxo de atendimento do serviço nas unidades de terapia intensiva, prejudicando as horas de assistência prestada à beira leito. Embora se mostrem disponíveis para atender as necessidades emocionais dos pacientes, acabam se desviando da avaliação das emoções e, assim, não se tornam resolutivos quanto à saúde emocional de seus pacientes.

Em relação às recomendações quanto aos diagnósticos de enfermagem acerca as emoções, foram avaliadas nos registros: quando relacionam a ansiedade com o risco de queda ou a depressão com o risco de úlcera por pressão (E6, E9), embora o estresse seja a emoção que provoca alterações de comportamento observadas nos pacientes pela remoção de dispositivos ou descontrole emocional (E9).

*“relacionar o diagnóstico de enfermagem com a emoção do paciente, pode haver relação da **ansiedade com o risco de queda ou depressão com o risco de úlcera por pressão**” (E6)*

*“O **emocional do paciente pode evitar queda, que se machuque, que tracione dispositivo, tenha descontrole ou distúrbio devido estresse. “Ele é tão importante quanto o suporte ventilatório, o padrão respiratório”** (E9)*

“Observar capacidade de compreensão do paciente, nível de consciência. Atentar para aceitação da dieta, a satisfação do paciente, pode perder peso. Proporcionar autocuidado, atentar para dor, para sinais vitais, precaução de queda, proporcionar precaução de úlcera por pressão. Orientar os cuidados e registrar. Se os processos familiares estão rompidos, afeta a emoção, solicito presença de familiar, registrando sempre, orientando a eles quanto aos cuidados. Observo que a ansiedade é extinta por conhecer o nosso trabalho” (E8)

A ansiedade, a depressão e o estresse são emoções valorizadas quando os enfermeiros discursaram sob suas percepções das suas ações. Enfatizou-se a minimização da ansiedade não somente do paciente, mas da família, compreendendo que essa emoção estaria solucionada à medida que conhecessem o trabalho realizado pelos enfermeiros (E5).

Estudos demonstraram a eficácia da presença familiar durante a internação na unidade de terapia intensiva. Apontaram que o olhar do enfermeiro deve estar voltado para o acolhimento tanto do paciente quanto da família, com foco na humanização na assistência prestada, diminuindo principalmente emoções como ansiedade, depressão e estresse, pois passam a compreender o processo de cuidar, por receber atenção e serem atendidas suas necessidades que envolve a comunicação efetiva, fator que contribui na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (VIDAL, ARAÚJO, PERREAULT et al, 2013; PELAZZA, SIMONI, FREITAS et al, 2015).

Precisamos compreender que a internação em uma unidade de terapia intensiva produz mudanças no indivíduo, principalmente fisiológicas e as oscilações nas reações comportamentais, que resultam da ansiedade e afetam a terapia verbal em condições de hospitalização, pois sua condição emocional, de enfrentar ou não, os novos desafios durante a internação estará expressa no seu comportamento (VIDAL, ARAÚJO, PERREAULT et al, 2013).

O enfermeiro precisa estar atento à essas mudanças, pois ao identificar esses eventos, é capaz de interpretá-los e implementar condutas interventivas. As expressões corporais expressadas durante a ansiedade são causadoras de tensões emocionais, que podem afetar diretamente a segurança do paciente, pois o paciente pode evoluir com agressividade e mudanças no comportamento.

Por outro lado, a assistência relacionada à depressão deve estar condicionada ao embotamento afetivo e isolamento social, os quais levam o paciente ao quadro de inapetência com conseqüente emagrecimento e refletem na saúde da pele, produzindo

risco para inanição e ao aparecimento de úlceras por pressão, devido à imobilidade no leito e, por vezes, à recusa dos cuidados prestados.

Do mesmo modo que as emoções não foram valorizadas no registro e na avaliação da assistência, por serem subjetivas, os enfermeiros se contradisseram que elas eram *“tão importantes quanto ao suporte ventilatório, ou o padrão respiratório”*(E9). Isso demonstra o quanto as emoções estão presentes na assistência, embora não evidenciada de modo objetivo. O lado subjetivo das emoções inclui uma realidade subjetiva, que inclui tudo aquilo que é vivenciado ou se pode experimentar, elas dão sentido às experiências sensoriais, gerando motivação e direcionam o comportamento quando aprendidas (RENEAU PEURYFOY, 2012, p. 20).

Foi apontada necessidade de melhoria do registro das ações voltadas à atenção e vigilância nas prescrições de enfermagem, na evolução e nas orientações fornecidas durante o cuidado. Com o intuito de atender a todas as necessidades dos pacientes, o processo de enfermagem possibilita ao enfermeiro desenvolver o planejamento do cuidado ao paciente, pautado em embasamento teórico e científico, para propor intervenções específicas e organizar o processo de trabalho na unidade de terapia intensiva, conferindo qualidade à assistência e melhor resolução dos problemas (OLIVEIRA e SPIRI, 2011).

4.5.2 ESTRATÉGIAS PARA OS CUIDADOS COM AS EMOÇÕES

Ao realizar o planejamento de sua assistência, o enfermeiro elabora estratégias que visam estimular o paciente quanto ao enfrentamento do processo saúde-doença, bem como à sua recuperação da saúde. Ele assume características que estão associadas tanto às condições clínicas, como ao cuidado emocional e que precisam ser valorizadas.

A motivação, a atenção, a humanização, a autonomia e o suporte de apoio foram os “núcleos de sentidos” presentes nos relatos dos enfermeiros. Apesar de não haver a evidência do registro das suas ações de cuidados com as emoções, se encontraram atreladas à prática assistencial sendo assim valorizadas pelos pacientes durante os cuidados.

O estudo de Dias, Lopes e França et al (2015), discutiu estratégias adotadas por enfermeiros para promover o cuidado humanizado a idosos hospitalizados, sendo apontados o acolhimento, assistência individualizada, respeito à autonomia, comunicação verbal e não verbal com a participação da família, o respeito a crenças e

valores, privacidade e a identidade dos pacientes. Tais estratégias fortaleceram as reflexões acerca dos cuidados com as emoções nas terapias intensivas, observados nos depoimentos a seguir.

*“[...] Motivar o paciente, dar esperança quanto o seu cuidado”
(E1)*

“Ter mais humanização [...] as pessoas estão distante da emoção do paciente, não dão importância ao ser humano, que está debilitado.” (E10)

“dar atenção para ele poder falar” (E7)

“O apoio que o paciente precisa, não conseguimos doar o máximo” (E13)

Motivação

A palavra **motivação** é derivada do grego *movere* que significa “movimento” enquanto a emoção vem do latim *emovere* onde *e* significa “fora” e *movere* significa “movimento” (Reneau Peurifoy, 2012, p. 21). Esses conceitos encontram-se vinculados no sentido de impulsionar algo ou alguém a uma determinada ação.

Nesse contexto, a ação corresponde ao cuidado realizado pelo enfermeiro, o qual necessita de estar envolvido com o paciente em uma relação de harmonia e afeto.

Ressaltou-se o incentivo como um instrumento de expressão positiva na avaliação das emoções, quando foi dito que “motivar” e “dar esperança” podem fazer os pacientes melhorar a condição de saúde que vivencia dentro de um ambiente complexo como a unidade de terapia intensiva.

É essa a motivação que implica no desejo de cuidar, em valorizar e se comprometer eticamente com o outro. O interesse e a preocupação não estão relacionados apenas pela experiência, mas também é influenciada pelo ambiente, pelas relações, pela valorização e apoio oferecido ao enfermeiro (WALDOW, 2012, p.124).

A experiência consiste em experimentar as ações de cuidado, em conhecer emoções e sentimentos emergidos a partir da vivência da hospitalização. É necessária para que o indivíduo possa compreender o outro e assim motivá-lo, bem como produzir uma mudança no comportamento com conseqüente aprendizado (RENEAU PEURIFOY, 2012, p. 20).

Por meio do relacionamento, quando o paciente apresenta condições, sua participação no processo de assistência necessita ser estimulada, pois aumenta a motivação e a satisfação com o cuidado, além de diminuir o estresse e a ansiedade.

O interesse e a preocupação em zelar pela integridade humana envolvem além da compreensão humana, que é interativa e relacional, a disponibilidade do corpo em manter a sua dignidade e a sua singularidade, que é plural.

Humanização

Outra estratégia destacada se refere à **humanização**. Sob o contexto emocional, humanizar remete valorizar o indivíduo nas ações de cuidado em todas as dimensões.

A humanização propriamente dita significa tornar humano; dar condição humana a; humanar-se (FERREIRA, 2010). Percebemos, assim, que a humanização tem adquirido um sentido amplo ao seu significado, se caracterizando por diferentes concepções, que se traduzem em sentimentos de bondade, caridade, solidariedade, respeito e empatia (CHERNICHARO, SILVA E FERREIRA, 2014).

Diante de diversas especificidades nas unidades de terapia intensiva, o processo saúde-doença produz emoções e sentimentos muitas vezes não avaliados pelos enfermeiros, o que implica para os pacientes momentos de fragilidade e de vulnerabilidade física e emocional.

Na prática, a humanização nas ações de enfermagem se revela nas relações com o paciente, quando o enfermeiro identifica características próprias para observar as necessidades do paciente, quando estabelece vínculos através do diálogo, da escuta, da atenção oferecida durante o cuidado, por ser empático, respeitando o paciente nos seus valores e crenças, adotando uma postura ética e individualizada (CHERNICHARO, SILVA E FERREIRA, 2014).

O indivíduo hospitalizado manifesta sinais de desconforto e tensões emocionais emitidas por expressões corporais e são elas que darão pistas para as condutas e ações os cuidados de enfermagem. Esse cuidado exige o domínio da linguagem verbal e não verbal que se encontra relacionada ao modo de cuidar e agir, carece de conhecimento técnico voltado ao aparato tecnológico e às ações instrumentais, entretanto não se pode desvalorizar a subjetividade associadas à condição humana. É o que constitui o cuidado humanizado.

O enfermeiro necessita perceber as relações do cuidado sob suas dimensões objetivas e subjetivas. As ações de cuidado dos enfermeiros que atuam em terapia intensiva englobam oito características. Sob a dimensão subjetiva incluem a singularidade do sujeito, a interação e a relação dialógica, os princípios humanísticos e a

subjetividade, enquanto na dimensão objetiva estão relacionadas à ação tecnológica, que consistem na vigilância de aparelhos, domínio do maquinário, observação da linguagem tecnológica e preparo dos profissionais (SILVA e FERREIRA, 2013).

Tais ações não podem estar dissociadas, pois envolvem o conhecimento técnico no que diz respeito ao mecanicismo atrelado à prática assistencial e a disponibilidade em tornar o cuidado mais humano possível dentro de um ambiente permeado por experiências negativas, que expõem os pacientes a emoções e sentimentos que o agridem no aspecto pessoal e colocam em risco a sua saúde mental e física.

Atenção

A atenção consiste também em uma necessidade do paciente. O enfermeiro precisa aprender a cuidar das emoções e avaliá-las com foco atento, para que sejam notadas as suas reações diante das situações vivenciadas nos cuidados intensivos.

Dar atenção proporciona atender o outro em sua necessidade, é estar atento a algo ou alguém diante de determinada situação ou contexto. Em acordo com o enfermeiro E7, infere na “capacidade de se manifestar verbalmente” o que o paciente sente ou ainda “expressar por gestos e linguagens corporais” que indicam incômodo, desconforto, insegurança e que direcionam a determinadas ações.

O enfermeiro, quando exerce um cuidado com atenção, pode se utilizar dos seus sentidos para perceber no paciente as suas necessidades. É esse envolvimento entre enfermeiro e paciente, que se percebem nas relações de cuidar, que garantem um cuidado humanizado.

Na terapia intensiva, a atenção remete às observações sobre os cuidados prestados pelo enfermeiro. Neste tipo de ambiente, o paciente é envolvido por procedimentos necessários à manutenção da vida e que exigem vigilância constante. Essa atenção é também condicionada à condição de vigília, um estado de alerta, que afeta diretamente o estado emocional dos pacientes, principalmente quando algo o incomoda.

Emoções podem ser expressas pelos pacientes quando veem os procedimentos, quando seu estado de consciência possibilita que as ações de cuidar sejam observadas. Essa atenção pode prejudicar o seu estado emocional e são percebidos através de sinais de ansiedade, tristeza, angústia e tensão.

Fornecer a atenção que o paciente necessita em unidades de terapias intensivas, promove sensações de proteção e segurança, que produzem emoções positivas como confiança e tranquilidade. Cabe aos enfermeiros, nesse sentido, tranquilizar de modo que participem dos processos assistenciais que permeiam os seus cuidados.

Uma visão holística pode assegurar uma vigilância atenta da sua condição, a fim de detectar e prevenir qualquer complicação, compreendendo e atendendo igualmente e com atenção, na condição de ansiedade experimentada pelo paciente e sua família (VIDAL, ARAÚJO, PERREAULT et al, 2013).

Suporte de apoio emocional

O suporte de apoio emocional incluiu a escuta sensível e a presença familiar, com conseqüente acolhimento fornecido aos pacientes, seja por parte do profissional ou da família, se faz de grande relevância para o cuidado de enfermagem, por ser um elemento fundamental diante da complexidade do processo saúde-doença e da hospitalização e subsidiam os princípios adotados pela humanização da assistência hospitalar (PELLAZA, SIMONI, FREITAS et al, 2015; SILVA e FERREIRA, 2013).

Um fator inerente à prática do enfermeiro é a disponibilidade de cuidar do outro, que vai de encontro com os elementos humanização e atenção nos cuidados prestados. Em geral, podemos observar a presença de emoções manifestadas durante as relações de cuidado e é nesse sentido que se destaca a avaliação do estado emocional e afetivo do paciente sob o aspecto psicoafetivo.

O ambiente da terapia intensiva consiste em entraves que o enfermeiro possa ter uma dedicação plena aos pacientes, dada à complexidade das suas ações, gerenciais e assistenciais, que integram os cuidados prestados. Mas não o impede de uma análise crítica e reflexiva do processo de cuidar, que é o instrumento-base de sua assistência, entretanto muitos alegam sobrecarga de serviço e falta de preparo em lidar com a família (PELLAZA, SIMONI, FREITAS et al, 2015).

Após suas reflexões acerca de suas ações de cuidado, os enfermeiros demonstraram a disponibilidade para uma escuta sensível, quando se mostram disponíveis e resolutivos para cuidar. Há destaque para a escuta sensível na disponibilidade de corpos presentes nas relações de cuidados pressupondo, portanto, que existe uma atenção integral e individualizada voltadas ao estado emocional dos pacientes nos cenários assistenciais, embora reconhecemos que o enfermeiro precisa

estabelecer prioridades a fim de organizar a sua assistência, no que se refere às particularidades de cada sujeito.

A escuta sensível envolve empatia, sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para compreendê-lo, nas atitudes e comportamentos, respeitando suas idéias, valores e crenças. Ela é essencial para a compreensão da complexidade humana e se utiliza dos sentidos corporais, pautada em uma visão holística (BARBIER, 2002).

No que se considera a presença familiar nas unidades de terapia intensiva, está inserida nas políticas de humanização a inserção de familiares no contexto hospitalar, desde que este familiar seja informado e participativo sobre o processo saúde-doença e tenha o desejo de compartilhar dos cuidados com o paciente. Ele é um importante componente de apoio emocional para os pacientes durante a internação nas unidades de terapia intensiva.

A unidade de terapia intensiva causa estranhamento para o paciente e seus familiares, por entender como um ambiente relacionado com a doença e que gera sentimentos compartilhados por perdas. Além de ficarem expostos a esse ambiente estranho, os pacientes tendem a conviver com profissionais que atuam maciçamente com técnicas e procedimentos invasivos, em função das doenças e dos tratamentos necessários (VIDAL et al, 2013).

Todavia, quando nos propomos inserir a família nas unidades de terapias intensivas, precisamos ampliar a atenção relacionada aos cuidados de enfermagem e fazer com que o familiar compreenda o seu papel no que tange ao controle emocional causado por este ambiente. Tais condições ambientais conferem perda de privacidade, associados à falta de informações, confinamento e isolamento social, determinantes para alterações sensoriais nos indivíduos (VIDAL et al, 2013).

As emoções envolvidas nas relações interpessoais entre enfermeiros, pacientes e familiares devem envolver ações voltadas à orientações quanto às rotinas hospitalares. Eles precisam conhecer aspectos relacionados à evolução clínica da doença e ao tratamento, propondo que o familiar seja eleito a se tornar o cuidador após a alta.

Observar o envolvimento emocional do paciente com o familiar é uma das atribuições desempenhadas pelos enfermeiros, de modo que as necessidades emocionais durante a internação podem ser atendidas com a presença de um familiar ou acompanhante, respeitando os princípios regidos pelas políticas de humanização.

Por outro lado podem ficar comprometidas quando esse familiar não participa ou não compreende o processo de adoecimento e tensões causadas pela internação. Em geral, é nesse momento que o rompimento das relações psicoafetivas altera o estado emocional dos pacientes, provocando mudanças no comportamento como agitação e agressividade.

A presença de familiares nas tomadas de decisão durante a internação objetivou minimizar emoções negativas de angústia, ansiedade e depressão, motivando-os a emoções positivas de esperança e confiança como elementos essenciais à reabilitação de sua saúde, a fim de que adquira, caso possível, a independência nos cuidados.

Vidal, Araújo, Perreault et al (2013) denominaram esse fenômeno como estímulo positivo revelando melhor respostas adaptativas de controle do estado emocional nas relações interpessoais durante o cuidado.

Para isso, o profissional também necessita se mostrar disponível, como referido pelo enfermeiro E8. A disponibilidade para cuidar é um dos fatores imprescindíveis nas relações interpessoais e afetivas. O suporte emocional por parte da equipe de saúde deve ser considerado para o enfrentamento da doença, sendo o enfermeiro o profissional que está permanentemente presente na assistência, o que contribui para que seja o mais apto a fornecer ajuda e atenção ao paciente durante a internação.

É preciso considerar as relações pessoais relativas à presença familiar nos ambientes de terapia intensiva, ao repensar acerca de melhorias assistenciais quanto à liberação de visitas, fornecendo-lhes inclusive condições adequadas durante o período de permanência nas unidades. Isto gera para o paciente e seus familiares, sensações de conforto, confiança, respeito e segurança nas ações de cuidado.

Além disso, é comprovado que a influência do ambiente e do contexto da terapia intensiva, embora a sua complexidade favorecesse positivamente o paciente quanto à redução de ansiedade, equilíbrio emocional, além do resgate de manifestações não verbais essenciais no cuidado e na recuperação do paciente (VIDAL, ARAÚJO, PERREAULT et al, 2013).

É importante ressaltar que o conhecimento teórico-científico sobre as emoções que integram as relações de cuidar envolvem inclusive a participação da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, etc), como foi reafirmado pelo enfermeiro E11.

*“A enfermagem participa da equipe multidisciplinar, mas **ainda falta, avaliam o nível de consciência e não o estado emocional...**” (E11)*

O paciente quando não manifesta verbalmente para o enfermeiro as suas emoções, ele tende a comunicar suas angústias e desejos aos outros profissionais, ou quando na ausência da família, para que suas necessidades sejam atendidas. Por esse motivo, eles precisam estar integrados nos cuidados e assim realizar um plano terapêutico em conjunto, não somente no sentido de tratar a doença, mas inclusive aliviar o sofrimento diante da internação.

Autonomia

A perda da autonomia do paciente na unidade de terapia intensiva foi a unidade de registro destacada pelo enfermeiro E11.

*“os pacientes **perdem sua autonomia**, ficam chateados, irritados, agressivos. **Autonomia ajudaria na emoção**, seria mais confortável, ele sairia melhor” (E11)*

A internação em uma unidade de terapia intensiva gera no paciente, emoções e sentimentos negativos, relativos às experiências de cuidados e provoca tristeza, ira, agressividade, que tendem a eventos adversos e colocam em risco a sua saúde. Os cuidados intensivos são dedicados à realização de procedimentos e exames diagnósticos que se voltam à recuperação da saúde, na perspectiva de retorno de suas atividades cotidianas.

Entretanto, é um ambiente em que o paciente é privado de sua identidade e autonomia e assume algumas limitações relativas à condição de saúde, proporcionando insegurança, desconforto, medo, tristeza, dentre outros estados emocionais que precisam ser monitorados. Surgem, a partir destas limitações, sentimentos de impotência, que produzem estados emocionais negativos, como desânimo, raiva, culpa, ansiedade e depressão, sendo esta última considerada a mais grave, pois pode levar à morte. Entretanto, muitas vezes, o paciente demonstra hostilidade nas ações de cuidado, impedindo que condutas intervencionistas sejam realizadas, aumentando por vezes o tempo de permanência nas unidades.

Apesar dos esforços no sentido de humanizar o cuidado, esta é uma tarefa difícil nesse ambiente, pois requer atitudes individuais e coletivas para que sejam respeitadas a

privacidade, a individualidade e a dignidade dos pacientes (BAGGIO, POMATTI, BETTINELLI et al, 2011). A segurança e proteção são necessidades de cuidados. Oferecer segurança ao paciente nas interações e nas ações de cuidado favorece a criação de empatia e confiança. Essas medidas de conforto permitem que a internação se torne pouco traumática para os pacientes, buscando readaptá-los ao ambiente complexo da terapia intensiva.

Cuidados diários com profissionais desconhecidos, embora auxiliares no tratamento influenciam na perda da privacidade do paciente, pois ficam expostas a sua intimidade, afetando seus valores morais, o que condiciona a emoções sociais como vergonha e embaraço.

O ambiente precisa estar preparado para lidar com essa privacidade que o paciente solicita durante a internação. A terapia intensiva é um local onde as emoções estão intimamente relacionadas à doença, entretanto ele deve estar orientado pelo enfermeiro em todas as dimensões do cuidado, no que tange a todos os procedimentos e rotinas diárias, assim como os profissionais necessitam respeitar o paciente nas suas decisões e cuidados, fornecendo conforto, confiança, segurança e acolhimento, dentro do cuidado que é relacional, emocional, íntimo, afetuoso e humano.

Segundo o enfermeiro E8, é necessário que se tenha “*um ambiente tranquilo e calmo*” para realização da comunicação com o paciente e, por isso, entende-se que seja preciso inclusive “*fornecer **privacidade e segurança***”, pontos importantes para se estreitar relações, deixando-os por alguns momentos longe da família, pois dessa maneira ele pode sentir-se à vontade para se expressar.

O respeito ao outro em sua singularidade e privacidade é um exercício de empatia. Solucionar dificuldades relativas ao ambiente e as relações interpessoais são fatores determinantes para um cuidado humanizado, pois o diálogo e o envolvimento humano permitem que o paciente tenha possibilidade de participar da sua tomada de decisão sobre seus cuidados e demonstra preocupação e interesse por parte do enfermeiro (BAGGIO, POMATTI, BETTINELLI et al, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emoções envolvidas no cuidado de enfermagem prestado ao paciente na sua hospitalização fortaleceram a interação, proximidade, interesse, afetividade, que produziram sentimentos de prazer e bem estar no processo relacional. Nesse contexto, o cuidado foi percebido além da técnica e do procedimento, requer uma amplitude do seu sentido.

Foi notório que, com a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o enfermeiro que está diretamente envolvido no cuidado necessitou se comprometer com as atividades administrativas, relativas aos processos assistenciais e precisaram dar atenção aos aspectos emocionais dos pacientes, principalmente em situações que geram alteração do seu comportamento e causam emoções negativas. É necessário motivá-lo, incentivá-lo à sua recuperação, valorizando-o ativamente na assistência prestada.

As emoções expressadas nas manifestações verbais e não-verbais do paciente diante de suas relações estabelecidas com a equipe de saúde merecem atenção, interesse e participação ativa e comunicativa nas ações de cuidado. Para o enfermeiro, esta relação envolve confiança, dedicação e afeto para denotar um cuidado humano e de qualidade, percebido pelo outro.

O registro das emoções dos pacientes foi reavaliado nos depoimentos dos enfermeiros. Eles perceberam que seus registros precisam conter informações pertinentes às manifestações verbais, mas a comunicação não verbal também precisa ser contemplada na sua avaliação.

Reforça-se que as emoções quando expressadas, geram sentimentos de angústia e ansiedade e precisam assistidas durante a hospitalização e, em uma unidade de terapia intensiva tende a ser vigilante. A expressão ajuda a elaborar o pensamento e abrandar a angústia. A comunicação da equipe necessita melhorar com interesse na pessoa, no humano, em caráter individualizado, para que se avaliem condutas e traçar um tratamento adequado. A comunicação eficaz nas relações com o paciente favorece a uma cultura de segurança do paciente.

Entendemos a necessidade de melhorar a comunicação e o diálogo multiprofissional, para que a equipe valorize aspectos biopsicossociais associados às mudanças de comportamento dos pacientes diante de suas angústias e medos durante sua internação.

Os registros da condição de saúde que o paciente se encontra na admissão, como sinais vitais, presença de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, etc), medicações de uso regular, exames laboratoriais e de imagem realizados, podem descrever a possibilidade de eventos associados à emoções e sentimentos emocionais, mas se não evidenciados, se tornam não-conformidades diante do planejamento do cuidado que precisa ser estabelecido.

A presença de familiares tem sido uma prática comum nas unidades de terapias intensivas, mas os profissionais precisam compreender que o rompimento da relação com os familiares, durante a internação dos pacientes em unidade de terapias intensivas podem produzir mudanças de comportamento decorrente de situações emocionais, como a hostilidade, a raiva e a ansiedade.

Entretanto, o cuidado com a avaliação do estado emocional não foi atendido na pesquisa nesse sentido. Visitas familiares acontecem por duas horas nas terapias intensivas, sob autorização do enfermeiro, sendo estendida por algumas horas, dependendo da avaliação do enfermeiro diante das necessidades do paciente. Mas, este cuidado ainda não é registrado pelo enfermeiro, apesar de ser frequente na prática assistencial.

Tanto se diz sobre políticas de humanização na assistência à saúde, mas ainda encontra-se resistência da inserção do familiar no ambiente hospitalar e, principalmente na terapia intensiva. É necessário que haja um repensar dos profissionais de saúde, visto aos benefícios que os familiares podem gerar na recuperação dos pacientes, quando participam ativamente do processo saúde-doença. Mas, para isso, é preciso que o enfermeiro amplie seu olhar sensível e humano para inserir o familiar em suas ações de cuidado e interagindo com ele por meio da comunicação relacional.

As reinternações também favorecem alterações do estado emocional pelas frequentes descompensações do estado de saúde dos pacientes. Esses desajustes produzem emoções negativas, que causam ansiedade, depressão, tensões e estresse emocional, que associados à doença aguda tendem aos agravos. Estes estados emocionais, quando se associam alterações neuroendócrinas, ativam os sistemas orgânicos e proporcionam efeitos positivos ou negativos na sua condição de saúde.

O perfil clínico dos pacientes internados na unidade coronariana foi necessário no estudo para que pudéssemos compreender aspectos relevantes à assistência, além de se levantar necessidades mais relevantes quanto aos aspectos emocionais.

Destacou-se a importância de registrar o estado emocional na avaliação do enfermeiro, principalmente em pacientes hipertensos, com doença arterial coronariana, diabetes e dislipidemia, percebendo necessidades psicoemocionais dos pacientes com síndromes coronarianas, arritmias cardíacas e doenças respiratórias e vasculares.

As síndromes coronarianas e as arritmias cardíacas representam altos índices de morte e estados emocionais podem levar ao acometimento dessas ocorrências. Portanto, é válido ressaltar as necessidades de abordagem do enfermeiro em relação aos aspectos emocionais relacionados à hospitalização e ao estresse psicológico que afetam a qualidade de vida desses pacientes no momento da internação.

Enfatizamos possibilidades de ações pertinentes aos especialistas em cardiogeriatría e à saúde masculina para prevenção de agravos, dado que inúmeros estudos têm mostrado que os homens possuem entraves no cuidado com sua saúde, em comparação ao gênero feminino.

O registro dos pacientes foi pontual no que tange às condições clínicas e ao tratamento durante a internação. As emoções não costumam ser registradas, embora seja evidenciada na prática assistencial do enfermeiro. Isto aponta à importância do registro e avaliação, de forma consciente, das necessidades psicossociais e afetivas dos pacientes, ao se planejar e implementar os cuidados de enfermagem.

Qualquer modificação do estado clínico pode interferir na saúde emocional dos pacientes, requerem atenção do enfermeiro para que sejam planejados cuidados individualizados, pautados nas suas necessidades, sendo permanentemente avaliados e registrados os resultados assistenciais. O enfermeiro precisa ter um olhar diferenciado, individualizado, coeso em conformidade ao estado clínico e emocional do paciente, na unidade que está sendo assistido.

Acreditamos que, ao se apontar a emoção como um indicador de avaliação que marca o cuidado de enfermagem, o enfermeiro auxilie na redução de complicações e alterações psicoafetivas durante a hospitalização, reduzindo os riscos de tensão emocional, estresse, ansiedade e depressão, que interferem no processo de adoecimento do paciente que interna nas unidades de alta complexidade, como a terapia intensiva e coronariana.

As recomendações dos enfermeiros permearam melhorias dos registros de enfermagem, adotando-se inclusive estratégias de cuidados voltados à humanização. Faz importante, inclusive que o enfermeiro desenvolva competências e habilidades para os cuidados com as emoções.

Cabe ressaltar que mudanças significativas acontecem no percurso da pesquisa, onde foi inserido o profissional psicólogo na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva e coronariana da Instituição, em prol de melhorias na qualidade de saúde e reabilitação do paciente. Esse profissional é amplamente capacitado para intervir nas necessidades emocionais, especialmente nas unidades de terapia intensiva.

As manifestações não-verbais dos enfermeiros demonstraram expressividade, causada pelas reflexões em torno da prática, o que acreditamos que de algum modo, o impacto da pesquisa gerou transformação no modo de pensar e agir dos enfermeiros, ou pelo menos, durante o momento da produção dos dados.

Percebemos que as emoções dos pacientes encontravam-se expressas no comportamento dos enfermeiros, nas relações interpessoais, nas ações, na linguagem corporal e verbal, mas eram ausentes essas expressões, de maneira registrada, para se manter a continuidade das impressões observadas e monitoradas.

Não foi fácil iniciar essa proposta com os enfermeiros, pois a compreensão do objeto de estudo transcendeu as atribuições técnicas relativas à assistência de enfermagem.

Alguns entraves aconteceram no percurso da pesquisa. Havia uma perspectiva de realizar um diálogo em conjunto, através de metodologia ativa e propunha uma dinâmica de grupo. Entretanto, as atividades assistenciais das terapias intensivas não permitiram a flexibilidade de horários disponíveis para a produção da pesquisa com os enfermeiros plantonistas.

Quanto ao processo de enfermagem institucional, houve mudanças nas prescrições de enfermagem, no que tange a uma avaliação diária do estado emocional, vinculada ao diagnóstico de enfermagem “processos familiares interrompidos”, mas é preciso ser motivada permanentemente essas avaliações e registros acerca das emoções.

O estudo recomenda que sejam repensados em novos instrumentos institucionais para melhorias nos registros das emoções, inserção de todas as etapas do processo de enfermagem, incluindo o planejamento da assistência e novas metodologias que incluam sistemas de classificação como facilitador para organização dos diagnósticos de enfermagem e ressaltando-se ampliar a visão de mundo sobre o cuidado emocional. Faz-se importante aplicar pesquisas em outros cenários assistenciais, visando ampliar o conhecimento acerca das emoções em saúde.

Embora o estudo traga a possibilidade/necessidade de qualificar o registro sobre as emoções, é necessário ainda haver uma visão mais crítica acerca dos registros de

enfermagem, ainda escassos na prática assistencial em todos os cenários de saúde, o que prejudica não somente a assistência de enfermagem, mas a qualidade da assistência prestada.

É preciso discutir a Resolução vigente na prática dos enfermeiros, elaborando propostas de implementação de instrumentos pautados em teoria de enfermagem, que atenda a clientela assistida, convergindo para uma enfermagem melhor e mais humana, integrada nos cuidados prestados em saúde.

Isto implica em formação profissional, educação permanente na Instituição e oficinas para discussão e reestruturação dos avanços científicos para melhorias na qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Fabíola da Silva; SILVA, Regina Helena. A amígdala e a tênue fronteira entre memória e emoção. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n. 3, supl. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400004>.
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 8ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, Jadelson Pinheiro de et al . Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 100, n. 3, p. 203-211, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130061>.
- ARANGO V, Sandra S. Biomarcadores para la evaluación de riesgo en la salud humana. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín , v. 30, n. 1, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May. 2015.
- ARAÚJO, Silvia Teresa Carvalho de. **Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não-verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da sociopoética** [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
- ARRUDA, Marina Patrício de; ARRUDA, Laura Patrício de. O profissional da saúde como um mediador de emoções. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):770-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.12261>. Acesso em 16/09/2013.
- BAGGIO, Maria Aparecida et al . Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 25-30, Feb. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100004>.
- BARATA, Julyana Cristina Cirqueira; DINIZ, José Adailton Rolland. Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade: o papel da assistência de enfermagem.. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, América do Norte, 5, jul. 2014. Disponível

em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/144/133>. Acesso em: 24 May. 2015.

BARBIER, René. L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. **Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé du G.D.F.-**

<http://www.saude.df.gov.br> Brasília, juillet 2002 Disponível em: <http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF> Acesso em: 23/08/2014

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BELITARDO, Jaqueline Nagatani; AYOUB, Andrea Cotait. Identification of readmission predictors in elderly patients with acute coronary syndrome. **Int J Cardiovasc Sci**. 2015;28(2):139-147 access 02 mar 2015 Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20150016>

BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 341-347, Apr. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mai. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>.

BOCCHI, E.A.; MARCONDES-BRAGA, F.G.; BACAL, F.; FERRAZ, A.S.; ALBUQUERQUE, D.; RODRIGUES, D. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. **Arq Bras Cardiol** 2012; 98 (1 supl 1): 1-33 [access 2014 sep 18] Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz%20IC%20Cronica.asp>

BONOMO, Ana Myriam Sánchez; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Psicologia aplicada à cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 65-74, Mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mai. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100008>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE [página na internet]. **Sistema de informações de mortalidade**. Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10. Dados preliminares de mortalidade 2010. [Acesso 2012 fev 03]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 03/11/2013.

CARVALHO, Teresinha Augusta Pereira. **Neuroemotologia: em busca da ciência da emoção**. 1ed. São Paulo: Baraúna, 2014.

CERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100156&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2015.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>.

CERNICHARO, Isis de Moraes; FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jun. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400015>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009**: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429 de 30 de maio de 2012**: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html.

COSENZA, Ramon M.; GUERRA, Leonor B. **Neurociência e educação: como o cérebro aprende**. Porto Alegre. Artmed: 2011.

DAMASIO, Antonio R. **E o cérebro criou o homem**. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____, António R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**/ António R. Damásio ; tradução Dora Vicente, Georgina Segurado. 3ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

DESSOTTE, Carina Aparecida Marosti et al. Presence of depressive symptoms in patients with a first episode of acute Coronary Syndrome. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 325-331, Feb. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Aug. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100006>.

DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira; LOPES, Maria Emília Limeira; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de et al. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **Rev. Pesqui Cuid Fundam** (online); 7 (1):1832-1846, jan.-mar. 2015. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3470/pdf_1413 DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1832-1846

DIOGO, Paula. O trabalho emocional em enfermagem como foco de investigação e reflexão. **Salutis Scientia: Rev. Ciências da Saúde da ESSCVP**, vol. 4 novembro 2012. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoId=30937>

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: dicionário da língua portuguesa. 8ed. Rev. Atual. Curitiba: Positivo, 2010.

FERRETTI, Marcelo Galletti. O estatuto do corpo em esquisse d'une théorie des émotions, de Jean-Paul Sartre. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 36, n. 3, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732013000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-31732013000300008>.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. MACHADO, Willian Cesar Alves. Tratado de cuidados de enfermagem: Médico-cirurgião. Vol 2. São Paulo: Roca, 2012.

GAUTHIER, J. **Sociopoética – encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação**. Rio de Janeiro: Ed. Anna Nery/UFRJ, 1999.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLABCHI, Allayar; SARRAFZADEGN, Nizal. Takotsubo cardiomyopathy or broken heart syndrome: A review article. **J Res Med Sci**. 2011 Mar [cited 2014 Aug 27]; 16(3): 340–345. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC321434444/>

HARRIS, Paul L. **Criança e emoção**: o desenvolvimento da compreensão psicológica. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

JACK, Rachael E.; GARROD, Oliver G.; SCHYNS, Phillippe G. Dynamic facial expressions of emotion transmit an evolving hierarchy of signals over time. **Current Biology**. (2014) Jan 20; 24 (2):187-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2013.11.064>. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388852>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL/ CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE (JCI/CBA). **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 5ed. Rio de Janeiro: CBA; 2014.

KNOBEL, Elias. **Coração... é emoção: a influência das emoções sobre o coração**. São Paulo: Atheneu, 2010.

LANE, R.D.; WOJCIECHZAREBA, Z.; REIS, H.T.; PETERSON, D.R.; MOSS, A.J. Changes in ventricular repolarization duration during typical daily emotion in patients with long QT syndrome. **Psychosomatic Medicine** 2011[cited 2014 aug 27] Jan 73:98-105. doi: 10.1097/PSY.0b013e318203310a. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21183717>

LEITAO, Maria Neto da Cruz. Saúde, sexo e gênero: as (des)igualdades como desafios. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 8-13, Feb. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100001>.

LENT, Robert. **Neurociência da Mente e do Comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LOPES, Rosimere Bruno. **Introdução à psicologia: As emoções**. In: Psicólogo, setembro 2011 [internet]. Disponível em: <https://psicologado.com/psicologia-geral/introducao/as-emocoes> Acesso em: 23/04/2013.

LUIZ, Flavia Feron; PADOIN, Stella Maris de Mello; NEVES, Eliane Tatsch; RIBEIRO, Aline Cammarano; TRONCO, Caroline Sissy. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 [citado 2014 jan 28] out/dez;12(4):655-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8642>.

LUNNEY, Margaret. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int J Nurs Terminol Classif**. 2010; 21(2):82-8. Acess 27 Mai. 2015. doi: 10.1111/j.1744-618X.2010.01150.x. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500615>

MACHADO, Daniel Aragão. **Registros de enfermagem: a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2010.

MÁRQUEZ, Maria del Rocío; SALGUERO, Pilar; PAÍNO, Susana; ALAMEDA, José Ramón. La hipótesis del Marcador Somático y su nivel de incidencia en el proceso de toma de Decisiones. **Revista Electrónica de Metodología Aplicada** 2013, Vol. 18 nº 1, pp. 17-36. Disponível em: [file:///C:/Users/Soldado/Downloads/Dialnet-LaHipotesisDelMarcadorSomaticoYSuNivelDeIncidencia-4107784%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Soldado/Downloads/Dialnet-LaHipotesisDelMarcadorSomaticoYSuNivelDeIncidencia-4107784%20(1).pdf)

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 12ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MONTERA MW, ALMEIDA RA, TINOCO EM, ROCHA RM, MOURA LZ, RÉA-NETO A. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. **Arq Bras Cardiol**

[serial on the Internet] 2009 [cited 2014 Sep 19]; 93(3Suppl.3): 2-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001900001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001900001>

NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificações 2012/2014. Rio Grande do Sul: Artmed, 2012.

NASCIMENTO, Rafael Silva. **Tradução: “O que é uma emoção”** (Willian James, 1884). *Clínica e cultura* VII n I jan/jun 2013: 95-113.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NUMMENMAA, Lauri; GLERAN, Enrico; HARI, Riitta; HIETANEN, Jari K. Bodily maps of emotions. (2014) Jan 14; 111 (2): 646-51. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111 Available from: <http://www.pnas.org/content/111/2/646.full.pdf+html>

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da uti **Cienc Cuid Saude** 2011 Jul/Set; 10(3):482-489 DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.11015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11015>

PADILHA, Elaine Fátima; MATSUDA, Laura Misue. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 4, p. 684-691, ago. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400009>.

PEACOCK, James; WHANG, William. Psychological Distress and Arrhythmia: Risk Prediction and Potential Modifiers. (2013). **Progress in cardiovascular diseases** 55(6): 582–589. PMC. Web. 27 May 2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014636/>

PELAZZA, Bruno Bordin et al . Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 60-65, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100060&lng=en&nrm=iso>. access on 26 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500011>.

PEREIRA, Wilza Rocha; RIBEIRO, Mara Regina Rosa; DEPES, Valéria Binato Santili;

PROCHET, Teresa Cristina; SILVA, Maria Julia Paes da. Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio

de Janeiro , v. 15, n. 4, Dec. 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400018>.

RENEAU PEURIFOY, M.A. **Os sentidos das emoções: as descobertas científicas sob uma perspectiva afetiva e espiritual**. São Paulo: Prumo, 2012.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, p. 355-358, Apr. 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Sep. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>.

SANTOS, Analyane Conceição Silva dos et al . Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 5, p. 857-863, Oct. 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500009&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500009>.

SANTOS, Neuci Cunha. Competências emocionais no processo de ensinar e aprender em enfermagem na perspectiva das neurociências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 21(3): maio-jun, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0663.pdf

SILVA, Carlos Magno Carvalho da; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 723-729, Dec. 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400010>.

SILVA, Carlos Magno Carvalho de; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; SABOIA, Vera Maria et al. O exame físico e o processo de enfermagem: para além do dualismo entre teoria e prática **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, 8(Supl. 1):2281-6, Jul, 2014 Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4467/pdf/5642>

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Marcia de Assuncao. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização .**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1325-1332, Dec. 2013 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601325&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jun. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000600011>.

SMELTZER; Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**. 2013; 101(6Supl.2): 1-63 Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf Acesso: 27/08/2014.

TANNURE, Meire Chucre. PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

TAVARES, Roseneide dos Santos; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 14-21, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300002>.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDAL, Veronica Lopes Louzada et al. O familiar acompanhante como estímulo comportamental de pacientes internados em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 409-415, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300409&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300002>.

VOGELZANGS N, SELDENRIJK A, BEEKMAN ATF, HOUT HPJV, JONGE P, PENNINX BWJH. Cardiovascular disease in Pearson with depressive and anxiety disorders. **J Affective Disorders**. [periódico na Internet]. 2010 sep [acesso 19 jun 2012]; 125(1-3): 241-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2964458>

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora de enfermagem**. 6ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

ZIMERMAN, Leandro I; FENELON, Guilherme; MARTINELLI FILHO, Martino; GRUPI Cesar; ATIÉ Jacob; LORGA FILHO, Adalberto e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arq Bras Cardiol** 2009; 92(6 supl.1):1-39 [Acesso em 27 mai 2015] Disponível em [:http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf)

VILELAS, José Manuel da Silva; DIOGO, Paula Manuela Jorge. O trabalho emocional na práxis de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 145-149, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300145&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45784>.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Participante: _____

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “**Emoção como marcador de alerta para o cuidado de enfermagem**”, que tem como **objetivos**: Identificar como a emoção do paciente é avaliada pelo enfermeiro nos itens de registro dos impressos institucionais; Discutir como os itens constantes nos impressos institucionais podem facilitar a avaliação e o registro da emoção do paciente para a melhoria da assistência. Este estudo baseia-se em uma abordagem descritiva de método qualitativo, possui duração de dois (2) anos com o término previsto para julho de 2015 e o projeto inicial foi aprovado na Plataforma Brasil, Parecer CEP nº 490.695 de 10/12/2013.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

Sua participação consistirá em responder as perguntas realizadas sob a forma de aplicação de **questionário** em primeiro momento, seguida de **entrevista** para validação dos resultados da pesquisa em segundo momento, a qual será gravada com microgravador para posterior transcrição e este será guardada por **cinco (05)** anos e incinerada após esse período. Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os dados coletados serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Os possíveis riscos da pesquisa são **risco de dano emocional e risco de constrangimento**, decorrentes da relação de seu depoimento com o seu cuidado prestado aos pacientes na sua unidade, remetendo aos aspectos psicoafetivos e de interação humana; no entanto, asseguramos que a divulgação dos resultados será tratada

de comum acordo com a coletividade para evitar constrangimento, assim como qualquer tipo de risco emocional.

Os **benefícios** relacionados à sua participação serão em aumentar o conhecimento científico nas áreas de enfermagem, terapia intensiva e de cardiologia, a fim de melhorar o cuidado prestado, promover discussões reflexivas no âmbito do ensino e produzir melhorias na qualidade da assistência prestada na Instituição com reconhecimento por parte dos pacientes assistidos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Prof^a Dr^a Silvia Teresa Carvalho de Araújo – Orientadora UFRJ - Cel (21) 98796-0014 / e-mail: stcaraujo@gmail.com

Enf^a Soraia do Socorro Furtado Bastos – Mestranda EEAN/UFRJ - Pesquisador Principal - Cel: (21) 97981-4124 / 98731-7514 e-mail: sol_taqui@yahoo.com.br

Declaro ciência do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO. Estou de acordo em participar do estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Data: _____ Assinatura do participante: _____

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**Participante:** _____ **Data:** _____**1ª FASE - Assinale com X em que momento você avalia a “emoção do paciente”, que interna em sua unidade:****ANAMNESE:**

- Reinternação
- Motivo de reinternação
- Informante
- Comorbidades
- Procedência
- Medidas antropométricas
- Alergias

Com base nos itens marcados segundo sua anamnese, explique de que forma você avalia a emoção do paciente que interna na sua unidade?

EXAME FÍSICO:

- Sinais vitais
- Nível de consciência
- Avaliação das pupilas
- Avaliação das mucosas ocular
- Avaliação do padrão respiratório
- Ausculta pulmonar
- Suporte ventilatório
- Avaliação do abdome
- Suporte nutricional
- Eliminações vesicointestinais
- Avaliação de MMSS
- Avaliação de MMII
- Avaliação do acesso venoso
- Avaliação dos curativos
- Avaliação dos drenos
- Precaução e/ou tipo de precaução

- Integridade cutânea
- Avaliação do risco de UPP
- Avaliação do risco de Queda

Com base nos itens marcados no seu exame físico, explique de que forma você avalia a emoção do paciente que interna na sua unidade?

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE):

- Comunicação prejudicada
- Déficit para autocuidado para banho/higiene
- Desobstrução ineficaz de vias aéreas
- Dor aguda
- Padrão respiratório ineficaz
- Risco de infecção
- Risco para disfunção neurovascular periférica
- Termorregulação eficaz
- Risco de aspiração
- Déficit no autocuidado para alimentação
- Confusão aguda
- Processos familiares interrompidos
- Perfusão tissular ineficaz gastrointestinais
- Perfusão tissular ineficaz cerebral
- Perfusão tissular ineficaz renal
- Potencial para alteração da temperatura corporal
- Mobilidade física prejudicada
- Potencial para distúrbio hidroeletrólítico
- Risco baixo para úlcera por pressão
- Risco moderado para úlcera por pressão
- Risco alto para úlcera por pressão
- Risco de queda
- Observações

Com base nos itens marcados no DE, explique de que forma você avalia a emoção do paciente que interna na sua unidade?

() PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Com base na sua prescrição de enfermagem, explique de que forma você avalia a emoção do paciente que interna na sua unidade?

() EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Com base na sua evolução de enfermagem, explique de que forma você avalia a emoção do paciente que interna na sua unidade?

2ª FASE – Baseado em cada etapa assinalada, qual a importância que você atribui à sua avaliação e o seu registro da emoção do paciente que interna na sua unidade?

- () Anamnese
- () Exame Físico
- () Diagnóstico De Enfermagem
- () Prescrição De Enfermagem
- () Evolução De Enfermagem

3ª FASE - Baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem instituída, quais suas sugestões para contemplar a avaliação e o registro da emoção do paciente no seu cuidado prestado na sua unidade?

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA DA EEAN/HESFA



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Maré das emoções no cuidado de enfermagem na unidade coronariana: um estudo sociopoético

Pesquisador: SORAIA DO SOCORRO FURTADO BASTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25749613.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 490.695

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que buscará compreender as emoções representadas pela equipe de enfermagem no seu cuidado prestado ao cliente internado na Unidade Coronariana. Utilizará o método sociopoético. Os participantes serão enfermeiros e técnicos de enfermagem com função assistencial da Unidade Coronariana de um hospital privado do município do Rio de Janeiro. E, para produção de dados será aplicada a técnica de desenho livre, utilização da Roda das emoções de Plutchik e o formulário de vivência dos sentidos sociocomunicantes do corpo readaptado de Araújo (2000).

Objetivo da Pesquisa:

Levantar as emoções da equipe de enfermagem no cuidado ao cliente internado na unidade coronariana; analisar com a equipe de enfermagem como suas emoções emergem no cuidado prestado ao cliente internado na unidade coronariana; discutir como as emoções da equipe de enfermagem interferem no cuidado prestado ao cliente internado na unidade coronariana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão em consonância com a Resolução 466/2012.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhessa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 490.695

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa que possui potencial de apoio à prática da enfermagem em Unidade Coronariana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O TCLE apresenta-se escrito em único parágrafo.

Recomendações:

- Recomenda-se melhorar a apresentação textual do TCLE (em parágrafos, não especificamente ao conteúdo).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de desenvolvimento, no que diz respeito aos aspectos ético-legais.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 10 de dezembro de 2013. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

CASA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

Porque a vida é sagrada

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e esta Instituição tem condições para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Maré das emoções no cuidado de enfermagem na unidade coronariana: um estudo sociopoético", tendo como pesquisadora responsável Soraia do Socorro Furtado Bastos, enfermeira, CPF: 635.114.792-15, vinculada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Portanto, autorizo sua execução.

Rio de Janeiro, 04 de dezembro de 2013.


Dr. Gustavo Luiz Gouvêa de Almeida Junior
Coordenador do Instituto de Ensino e Pesquisa
CRM 52 62333-4
CPF 028.506.097-06

Associação Congregação de Santa Catarina

Rua Macedo Sobrinho, 21 - Humaitá - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 2538-7626 - Fax: (21) 2286-3625
Home Page: www.cssj.com.br
CNPJ: 60.922.168/0003-48 - Insc. Municipal: 00.013.811